

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EVERTON CESAR GOMES

**DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE RISCO OU
NOCIVO DE DROGAS: AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

CURITIBA

2008

EVERTON CESAR GOMES

**DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE RISCO OU
NOCIVO DE DROGAS: AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Farmacologia, no Programa de Pós-Graduação em Farmacologia do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof^a Dr^a Roseli Boerngen de Lacerda

CURITIBA

2008

Universidade Federal do Paraná
Sistema de Bibliotecas

Gomes, Everton Cesar

Detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco ou nocivo de drogas: avaliação das barreiras para implementação na atenção primária à saúde em três municípios do Paraná. / Everton Cesar Gomes. – Curitiba, 2008.
109 f.: il. ; 30cm.

Orientadora: Roseli Boerngen de Lacerda


Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia.

1. Psicotropicos. 2. Drogas. 3. Saúde pública. I. Título II. Lacerda, Roseli Boerngen. III. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia.

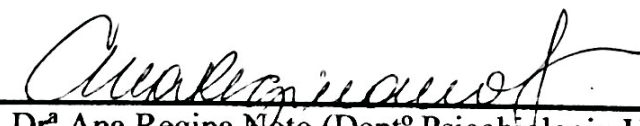
CDD (20. ed.) 615.1

PARECER

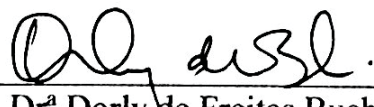
A Comissão Examinadora de Dissertação de Mestrado “DETECÇÃO PRECOCE E INTERVENÇÃO BREVE PARA O USO DE RISCO OU NOCIVO DE DROGAS: AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS PARA IMPLEMENTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TRÊS MUNICÍPIOS DO PARANÁ”, de autoria do pós-graduando: **EVERTON CESAR GOMES**, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Roseli Boergen de Lacerda e composta pelos professores: Dr^a Ana Regina Noto (Dept^o Psicobiologia-UNIFESP); Dr^a Dorly de Freitas Buchi (Dept^o Biologia Celular-UFPR); Dr. Roberto Andreatini (Suplente-Dept^o Farmacologia-UFPR). De acordo com o Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, o Pós-Graduando foi APROVADO. Para a devida publicação o trabalho deve sofrer as modificações sugeridas, que serão conferidas pela sua orientadora. Em Curitiba, 29 de maio de 2008.



Dr^a. Roseli Boergen de Lacerda (Presidente-Orientadora-UFPR)



Dr^a Ana Regina Noto (Dept^o Psicobiologia-UNIFESP)



Dr^a Dorly de Freitas Buchi (Dept^o Biologia Celular-UFPR)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder vida, saúde e capacidade.

Ao grande filósofo Samael Aun Weor por sua inspiração, força e sabedoria.

Ao grande Mestre Paracelso, Pai da Farmacologia.

Aos meus pais por seu amor, carinho, apoio e incentivo.

A Roseli, minha orientadora, por compartilhar comigo conhecimento, amizade, alegria e por acreditar em mim.

A todos os profissionais de saúde e pacientes que auxiliaram na elaboração desse trabalho.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Farmacologia que contribuíram direta e indiretamente para o pleno êxito desse trabalho.

“Não são as perdas nem as derrotas que nos fazem
fracassar e sim a vontade de se levantar e seguir adiante”

Samael Aun Weor

RESUMO

Sabendo-se dos prejuízos sociais, financeiros e legais que a dependência traz para a sociedade, torna-se relevante a implementação de projetos de prevenção de uso de drogas. Com esse propósito, pesquisadores da Organização Mundial da Saúde desenvolveram o instrumento de detecção precoce de usuários de risco de drogas denominado ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) seguido da aplicação de uma entrevista motivacional objetivando a redução do consumo de drogas evitando assim o aparecimento da dependência. O objetivo do presente trabalho foi avaliar as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde na implementação do programa de detecção precoce e intervenção breve para o uso de drogas na atenção primária à saúde (APS) nas cidades de Curitiba, Lapa e São José dos Pinhais, todas situadas no estado do Paraná. Após o contato com os coordenadores de saúde mental dos três municípios, foi realizado um treinamento dirigido aos profissionais de saúde para habilitá-los na utilização de instrumentos de detecção precoce de usuários de risco de drogas associado a uma intervenção breve nos serviços de APS dos três municípios. Antes do treinamento, os participantes responderam a um questionário de estudo (QE1) desenvolvido para profissionais da atenção primária à saúde para avaliar as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais e alunos da área de saúde que foram treinados numa disciplina optativa da graduação. Utilizaram-se também dados dos profissionais da Saúde Ocupacional, de nove Unidades de Atenção Primária e do distrito Cajuru totalizando 162 pessoas. Seis meses após o treinamento, os profissionais avaliaram sua qualidade, responderam novamente o QE1 (n=45) e foi realizada a técnica de grupo focal para avaliar os fatores que facilitaram e dificultaram a implementação do projeto na prática rotineira. Os gestores das unidades participantes foram entrevistados pessoalmente. Para a análise das crenças, atitudes e habilidades de profissionais e alunos da área de saúde, foram aplicadas uma análise de conteúdo e uma análise fatorial para as respostas do QE1 obtidas antes do treinamento considerando os 162 participantes. Na primeira análise, foram agrupadas as questões com conteúdos relacionados obtendo-se 12 novas afirmativas. A análise fatorial foi realizada para se detectar quais respostas estavam correlacionadas entre si. Foram extraídos dessa análise 18 fatores que foram interpretados de acordo com o conteúdo das questões que pesaram em cada um deles. A avaliação do grau de satisfação dos profissionais com o treinamento foi realizada através da análise descritiva de suas respostas. As entrevistas com os gestores e os depoimentos do grupo focal foram interpretados e reunidos de acordo com seus conteúdos. Em geral, todos os participantes apresentaram resposta positiva para as crenças e atitudes tanto antes quanto depois do treinamento, e a constatação que os profissionais apresentaram após o treinamento uma melhora do seu conhecimento, das suas habilidades e da confiança em detectar e intervir precocemente em problemas associados às substâncias psicotrópicas. Falta de estrutura, de profissionais e de tempo foram barreiras comumente relatadas. Profissionais e alunos da área de saúde que trabalham ou trabalharão na APS apresentam grande susceptibilidade para detectar e intervir precocemente nos problemas relacionados às substâncias psicotrópicas. O treinamento dos profissionais para implementação de detecção precoce e intervenção breve para uso de drogas deve ter mais carga horária direcionada principalmente para conteúdo prático e para supervisão no local de trabalho e sugere-se para superar as barreiras na prática rotineira: a capacitação

constante, contratação de mais profissionais, necessidade de mais supervisão durante a fase de implementação da nova prática, investimento em infra-estrutura, a efetiva participação dos gestores para se atingir a resolutividade esperada da proposta de trabalho, realizar reuniões de sensibilização com a equipe e com os gestores de saúde visando aumentar a motivação e o apoio de todos os envolvidos no processo, inclusão desse tema nos currículos dos cursos da área de saúde e implementação de um programa institucional à semelhança do que ocorre com outros programas de prevenção.

Palavras-chave: Etanol. Psicotrópicos. Intervenção Breve. Prevenção. Detecção do abuso de substâncias. Saúde Pública. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Taking into account the social, economical and lawful problems that dependence causes in society, it is relevant to implement prevention strategies for the early detection of hazardous and risky drug users. With this aim researchers from the World Health Organization developed an instrument for the early detection of risky drug users named ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), which is followed by a motivational interview focusing on the reduction of the drug use and consequently avoiding dependence installation. The aim of the present work was to evaluate the faced barriers by the health workers for the implementation of screening and brief intervention strategies in the routine of the Primary Health Care (PHC) in the Brazilian cities of Lapa, São José dos Pinhais and Curitiba. After a contact with the coordinators of the Mental Health of the City Health Secretariat of the three cities, it was provided a training course to the health professionals to qualify them in performing early drug risky use screening and brief intervention (SBI) in the PHC settings. Before training, the participants answered a questionnaire (QE1) developed for health workers of the PHC to evaluate beliefs, attitudes and skills of professionals and students of the health area. Health students from a not obligatory graduation course, health workers from the Occupational Health Service of Curitiba City Hall and other workers from Curitiba's PHC also answered the same questionnaire (totalizing n=162). Six months after the training course, the professionals evaluated the training course, answered again the QE1 (n=45) and a focus group meeting was made, where it was discussed the factors that facilitated and those ones that made difficult the implementation of the project in the routine practice. The Health Managers of the PHC who participated of the project were interviewed personally. To analyze the beliefs, attitudes and skills, a content and factorial analysis were applied to the QE1 answers obtained before the training course considering the 162 participants. In the first analysis, questions with related content were gathered obtaining 12 new statements. The factorial analysis was made to detect which answers were correlated with each other. It was extracted from this analysis 18 factors which were interpreted according to the questions content that were more relevant in each factor. The satisfaction evaluation of the training was made by professionals through the description analysis of their answers. The manager interviews and the focus group reports were gathered and interpreted according to their content. In general, beliefs and attitudes were positive in relation to SBI for risky drug users as before as after the training course and professionals showed after the training better knowledge, skills and confidence in screening and intervene early in the psychotropic substance related-problems. Lack of structure, health workers and time were barriers commonly reported. Professionals and students of the health area presented great susceptibility to screen and intervene early in the psychotropic substance related-problems. The health workers suggested the training course should have more time, practical training and local supervision. To overcome the barriers in the routine practice it is suggested the necessity of a continued training of the PHC professionals, the inclusion of a discipline during the professional undergraduation specifically directed to SBI for drugs, to invest in infrastructure, to hire more health workers, the managers participation and to implement SBI as a program (like other prevention programs) in the Health Care Unit.

Key words: Ethanol. Brief Intervention. Prevention. Public Health. Substance Screening Test. Knowledge, Attitudes and Practice in Health. Psychotropics.

LISTA DE SIGLAS

APA	- Associação Psiquiátrica Americana
APS	- Atenção Primária à Saúde
ASSIST	- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	- Alcohol Use Disorders Identification Test
CAGE	- Acrônimo referente as suas quatro perguntas: Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye opener
CEBRID	- Centro Brasileiro de informações sobre Drogas
CID 10	- Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão
DAST	- Drug Abuse Screening Test
DSM IV	- Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª versão
IB	- Intervenção Breve
MDMA	- Metilenodioximetanfetamina
OMS	- Organização Mundial da Saúde
QE1	- Questionário de estudo número um referente às crenças, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde
SENAD	- Secretaria Nacional Anti-Drogas
SJP	- Município de São José dos Pinhais – PR
SOCTBA	- Profissionais da Saúde Ocupacional da Prefeitura de Curitiba
TO	- Alunos da Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná
UBS	- Unidade básica de saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Problemas decorrentes do uso das drogas	18
1.2 Etiologia da dependência.....	22
1.3 Neurobiologia.....	23
1.4 Detecção precoce.....	24
1.5 ASSIST.....	25
1.6 Intervenção breve.....	26
1.7 Níveis de prevenção.....	31
1.8 Atenção primária à saúde.....	32
1.9 As barreiras, crenças, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde da atenção primária.....	34
2. JUSTIFICATIVA.....	38
3. OBJETIVO GERAL.....	39
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
4. METODOLOGIA.....	40
4.1 Participantes do projeto.....	40
4.2 Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados.....	41
4.3 Questão ética.....	43
4.4 Análise estatística.....	43
5. RESULTADOS.....	45
5.1 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades dos profissionais e alunos da área da saúde antes de se submeterem ao treinamento.....	45
5.2 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades dos profissionais da APS após treinamento para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas.....	47
5.3 Avaliação pelos profissionais do treinamento para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas.....	57
5.4 Avaliação realizada por técnica de grupo focal com os profissionais treinados para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas.....	59
5.5 Avaliação realizada por entrevista estruturada com os gestores de saúde dos 3 municípios participantes do projeto detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas.....	64
6. DISCUSSÃO.....	72
6.1 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades antes do treinamento.....	72
6.2 Avaliação dos profissionais da qualidade do treinamento.....	74
6.3 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades após o treinamento.....	76
6.4 Avaliação do grupo focal.....	77
6.5 Avaliação da entrevista com os gestores.....	78
7. CONCLUSÃO.....	79

8. REFERÊNCIAS.....81

Anexo 1.....88

Anexo 2.....90

Anexo 3.....99

Anexo 4.....101

Anexo 5.....103

INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos, 18% da população experimentam algum transtorno por uso de substância em alguma época da vida. Além disso, cerca de 20% dos pacientes em instalações médicas gerais e 35% em unidades psiquiátricas gerais apresentam transtorno por uso de substâncias e em alguns locais a porcentagem é ainda maior. Embora as seqüelas da adição tais como: cirrose, transtornos mentais diversos, trauma e infecção geralmente recebam atenção médica apropriada, os problemas relacionados diretamente à adição do paciente com freqüência são subtratados (GALANTER; KLEBER, 2004). No cenário mundial, estima-se que cerca de 200 milhões de pessoas usem drogas ilícitas anualmente representando cerca de 5% da população mundial entre 15-64 anos (UNITED NATIONS, 2007).

Num estudo epidemiológico domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID) em 2001 em 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, verificou-se que 19,4% dos entrevistados com idade entre 12 e 65 anos já haviam usado algum tipo de droga, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco. Num outro estudo realizado em 2005 em 108 cidades brasileiras com metodologia semelhante, este percentual aumentou para 22,8%, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 11.603.000 pessoas (CARLINI, 2005).

Cerca de 60% dos usuários de álcool experimentam pelo menos um evento adverso relacionado ao seu uso, tais como *blackout* (esquecimento de tudo ou de parte do que ocorreu durante a ingestão pesada de álcool), dirigir após beber, faltar ao trabalho ou escola para se recuperar da ressaca (GALANTER; KLEBER, 2004). Problemas repetidos com álcool e caracterizados de acordo com os critérios de abuso e dependência do DSM – IV – TR (Associação Psiquiátrica Americana – 2000) são observados em 15-20% dos homens e em 10% das mulheres durante suas vidas num estudo realizado nos Estados Unidos (GALANTER; KLEBER, 2004). Transtornos pelo uso de álcool são vistos em todas as raças e níveis socioeconômicos freqüentemente causando ou contribuindo para condições psiquiátricas e médicas (GALANTER; KLEBER, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que haja aproximadamente 2 bilhões de pessoas em todo o mundo que consomem bebidas alcoólicas e 76,3 milhões apresentam algum tipo de transtorno por causa do uso do álcool (WHO,

2004). Há uma relação causal entre consumo de álcool e mais de 60 tipos de doença e injúria (WHO, 2004). Estima-se que 20-30% dos problemas do mundo estejam relacionados ao consumo de álcool, como câncer de esôfago e de fígado, cirrose do fígado, homicídio, ataque epiléptico e acidentes com veículos motores no mundo. (WHO, 2004). Álcool causa 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e uma perda de 58,3 milhões (4% do total) de anos de vida ajustados a incapacidade (WHO, 2004).

No mundo ocidental, é fato que cerca de 90% da população adulta experimentam algum tipo de bebida alcoólica. Também é fato que, entre os bebedores, cerca de 10% irão apresentar uso nocivo de álcool e outros 10% se tornarão dependentes, o que vale dizer que, em cada cinco bebedores, um terá um agravo de saúde por ingerir bebida alcoólica. Ainda não está esclarecido o que determina essa predisposição nem o que determina a proteção para desenvolver problemas relacionados ao álcool (RAMOS; WOITOWITZ, 2004).

Em média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial. Isto é relevante, pois quanto mais alta a média de consumo em uma população, maior será a prevalência dos danos relacionados ao álcool (DUALIBI; LARANJEIRA, 2007).

Em 2005, num estudo epidemiológico domiciliar realizado no Brasil em todas as cidades com mais de 200 mil habitantes, ou seja, em 108 cidades, a prevalência de dependentes de álcool alcançou 12,3% sendo maior para o sexo masculino (19,5%) do que para o feminino (6,9%). Em referência à população estimada, teriam em 2005, aproximadamente 6.268.000 pessoas dependentes de álcool nas cidades brasileiras pesquisadas. A proporção de dependentes de álcool em relação ao uso na vida mostra que, aproximadamente, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. A proporção para as mulheres é de 10:1 (CARLINI, 2005).

A *Cannabis sativa* (maconha) é a droga ilícita mais usada no mundo hoje (GALANTER; KLEBER, 2004; UNITED NATIONS, 2007). *Cannabis sativa* está entre as primeiras plantas cultivadas pelo homem (ZUARDI, 2006). Seu mercado consumidor é amplo, aproximadamente 160 milhões de pessoas em todo o mundo, seus centros de produção estão amplamente dispersos existindo em quase todos os

países no mundo e seus fatores de produção podem ser flexíveis, rudimentares e de pequena escala bem como permanentes, com alta tecnologia e de grande escala (UNITED NATIONS, 2007).

Os seus efeitos medicinais e euforizantes são conhecidos há mais de 4 mil anos (RIBEIRO; MARQUES, 2002a). A primeira evidência do uso de *cannabis* foi achada na China, onde achados históricos e arqueológicos indicam que a planta era cultivada para se obter fibras desde 4000 anos antes de Cristo. Com as fibras obtidas dos ramos da *cannabis*, os chineses faziam barbantes, cordas, produtos têxteis e papel (ZUARDI, 2006).

Nas Américas, o uso da *cannabis* provavelmente começou na América do Sul. No século XVI, as sementes das plantas chegaram ao Brasil. Os escravos a trouxeram, especialmente aqueles de Angola e seu uso era comum entre negros na área rural do Nordeste. A maioria dos sinônimos para *cannabis* no Brasil (maconha, diamba, liamba e outros) tem sua origem na língua angolana (ZUARDI, 2006; CARLINI, 2006).

Daqueles estudos epidemiológicos domiciliares realizados pelo CEBRID e já citados anteriormente, foi observado que o uso na vida de maconha em 2001 era de 6,9% aumentando para 8,8% em 2005 (CARLINI, 2005). O uso da maconha é maior para o sexo masculino (14,3%) quando comparado ao feminino (5,1%). Nas cidades da região sudeste do Brasil foram observadas as maiores porcentagens de uso na vida (10,3%) e também a maior prevalência de dependentes de maconha com 1,4% (CARLINI, 2005).

O abuso de cocaína tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de 4500 anos, já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana, como testemunham as escavações arqueológicas do Peru e da Bolívia (FERREIRA; MARTINI, 2001).

O nome coca deriva de uma palavra aimará, “khoka”, cujo significado seria “planta ou árvore”. Para os incas, a planta era sagrada, um presente do Deus Sol (Inti). No Norte do Brasil, também é chamada de epadu, que é a folha torrada de coca misturada a elementos alcalinos (FERREIRA; MARTINI, 2001; BAHLS; BAHLS, 2002).

A cocaína é uma droga relativamente recente no arsenal das substâncias de origem vegetal. Em 1855, o químico alemão Friedrich Gaedecke obteve do extrato das folhas de coca, o *erythroxylene*. Quatro anos mais tarde, em 1859, o químico

alemão Albert Niemann conseguiu isolar, entre os vários alcalóides do extrato, a cocaína, que é o principal deles (80% do total do extrato). A fórmula exata de sua estrutura química foi descoberta em 1898 (FERREIRA; MARTINI, 2001; BAHLS; BAHLS, 2002).

A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína. O refino da pasta origina a cocaína em pó na forma de um sal, o cloridrato de cocaína. O crack e a merla são a cocaína em sua forma de base livre. Ambas apareceram em nosso meio a partir de meados dos anos 80 e devido ao seu baixo custo se popularizaram permanecendo até os dias de hoje (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

O mercado consumidor global de cocaína é estimado em 14 milhões de pessoas ou seja, cerca de 0,3% da população entre 15-64 anos usam cocaína (UNITED NATIONS, 2007). O declínio do uso da cocaína na América do Norte tem sido compensado pelo aumento na Europa, América do Sul, África e Ásia tornando estável o mercado de cocaína global (UNITED NATIONS, 2007). A principal característica dos usuários de cocaína é o fato de serem jovens, com predomínio da faixa etária dos 20 aos 30 anos (ROMANO; RIBEIRO; MARQUES, 2002).

Naqueles estudos epidemiológicos conduzidos pelo CEBRID, foi constatado um aumento na taxa de prevalência de uso na vida de cocaína entre 2001 (2,3%) e 2005(2,9%, o que equivale a 1.459.000 pessoas). Em relação ao uso na vida de crack, a percentagem foi de 1,5% para o sexo masculino, o que corresponderia a 371.000 pessoas do sexo masculino e de merla, 0,2%.

A região Sudeste foi onde se verificou a maior percentagem (3,7%) de uso na vida de cocaína e a menor, na região Norte, com aproximadamente 1%. O crack teve a maior taxa de uso na vida no Sul (1,1%), seguido pelo Sudeste com 0,8%. O uso de merla apareceu predominantemente na região Norte (1%).

As anfetaminas foram sintetizadas na década de 30 do século passado. O propósito era o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, então denominado hiperatividade ou disfunção cerebral mínima. Nos últimos 20 anos, anfetaminas modificadas têm sido sintetizadas em laboratórios clandestinos para serem utilizadas com fins não-médicos. A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4-metilenedioximetanfetamina (MDMA) ou ecstasy (RIBEIRO; MARQUES, 2002b). Há várias formas de uso das anfetaminas: uso endovenoso (pouco

freqüente no Brasil) bem como os cristais de metanfetamina, como o *ice* ou o *crystal* (pouco conhecidos no Brasil) os quais são fumados em cachimbos de vidro, podendo também serem injetados ou inalados (RIBEIRO; MARQUES, 2002b).

A 3,4 metilenodioximetanfetamina (MDMA) é um derivado sintético da anfetamina (FERIGOLO; MEDEIROS; BARROS, 1998; ALMEIDA; SILVA, 2000). Também é conhecido como ecstasy, XTC, E, ADAM, MDM. A droga foi sintetizada e patenteada em 1914 pelo Laboratório Merck, na Alemanha. A MDMA foi testada inicialmente como moderador do apetite mas, devido a seus efeitos colaterais, foi pouco utilizada e nunca comercializada, ficando esquecida e sem uso por décadas. Em 1965, o bioquímico norte-americano Alexander Shulgin relatou ter produzido e consumido MDMA em seu laboratório, tendo descrito o efeito como prazeroso. Contudo, o bioquímico só voltou a se interessar pela droga no começo dos anos 70, quando tomou conhecimento de relatos de outros pesquisadores muito entusiasmados com o uso terapêutico da MDMA. A comunidade científica só veio a ser formalmente informada sobre a MDMA em 1978, através de uma publicação de Shulgin e Nicholsa, na qual sugerem que a droga poderia ser utilizada como auxiliar psicoterapêutico (FERIGOLO; MEDEIROS; BARROS, 1998; ALMEIDA; SILVA, 2000), mas que posteriormente foi comprovado como nocivo.

O uso de ecstasy no mundo é de cerca de 9 milhões de pessoas ou 0,2% da população com idade entre 15 e 64 anos (UNITED NATIONS, 2007).

A Organização das Nações Unidas estimam que cerca de 25 milhões de pessoas no mundo ou um equivalente de 0,6% da população entre 15-64 anos consomem anfetaminas, representando um percentual maior do que aqueles que consomem cocaína ou heroína (UNITED NATIONS, 2007).

Nos estudos do CEBRID, as anfetaminas tiveram 1,5% de prevalência de uso na vida em 2001 aumentando para 3,8% em 2005, diferença estatisticamente significativa. É relevante notar que as mulheres usam mais anfetamínicos do que os homens na proporção de 4:1. Os 3,8% correspondem a uma população de 1.605.000 pessoas que consomem estes estimulantes (CARLINI, 2005).

As Nações Unidas, por meio do *International Narcotics Control Board* (INCB) atribuíram ao Brasil a posição de primeiro consumidor mundial desses anoréticos, correspondendo a 83% do consumo mundial (CARLINI, 2005).

Em 1955, Sternbach sintetizou uma série de compostos que, baseando-se em sua presumida estrutura química, foram julgados inativos e, posteriormente,

abandonados. Um destes compostos considerados inativos e esquecidos, o Ro 5-0690 (metaminodiazepóxido ou clordiazepóxido), só teve descritas suas propriedades sedativas e miorrelaxantes porque um auxiliar de pesquisa inadvertidamente mandou alguns miligramas para análise quando o laboratório passava por uma limpeza de rotina. Em 1957, pela primeira vez, foram descritas as propriedades farmacológicas do clordiazepóxido por Randall (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Descobriu-se que a suposta estrutura química do clordiazepóxido estava errada e que a droga possuía propriedades sedativas, antiagressivas e miorrelaxantes em modelos animais. Lançado comercialmente em 1960, o Librium, como miorrelaxante e ansiolítico, em pouco tempo os benzodiazepínicos se tornaram os medicamentos psicotrópicos mais prescritos em todos os países ocidentais. Acredita-se que a grande popularidade que os benzodiazepínicos alcançaram entre os membros da classe médica e na população leiga deva-se a sua inegável eficácia como ansiolíticos e hipnóticos aliada à margem de segurança por eles oferecida. Até hoje os benzodiazepínicos constituem uma das classes farmacológicas com maior índice terapêutico (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 70 como uma opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias. Atualmente, os benzodiazepínicos ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008). No trabalho de Auchewski e cols (AUCHEWSKI, 2004), notou-se que a maioria dos pacientes usava benzodiazepínicos por mais de um ano e faltava preocupação dos médicos com a possível dependência induzida.

O uso na vida de Benzodiazepínicos (ansiolíticos), teve porcentagens de 3,3% em 2001 subindo para 5,6% em 2005, o que corresponde a uma população estimada de 2.841.000 pessoas. Nos EUA a prevalência foi de 8,3%, porcentagem não tão distante da brasileira (SAMHSA, 2006). É relevante notar que as mulheres usam mais Benzodiazepínicos que os homens na proporção de 2:1 e os

Anfetamínicos na proporção de 4:1. Estes dados estão de acordo com a literatura científica (CARLINI, 2005).

1.1 PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DAS DROGAS

Em geral, as pessoas usam drogas porque elas causam prazer ou efeitos agradáveis. Contudo, podem causar problemas decorrentes de um quadro de intoxicação aguda, do uso contínuo ou da dependência. É possível que uma pessoa tenha problemas em todos esses níveis. Problemas decorrentes do uso das drogas como resultado de um único episódio pode incluir:

Desempenho reduzido no trabalho e nas atividades escolares;

Insônia;

Práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas;

Problemas domésticos;

Overdose e efeitos tóxicos agudos

Acidentes e lesões.

A dependência e/ou o uso contínuo podem causar vários problemas: financeiros, legais, de relacionamento, no trabalho, com o sono, de ansiedade e depressão, de saúde específicos para a droga de uso, diminuição da imunidade às infecções, sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido.

Para realizar um diagnóstico do usuário que apresenta problemas relacionados à droga, utilizam-se critérios diagnósticos propostos pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1993) ou pelo Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 1994) e que são classificados como Transtornos relacionados às Substâncias. Essas classificações consideram não somente aquelas condições nas quais os indivíduos utilizam as substâncias para alterar o humor e o comportamento, mas também estende o conceito para as que ocorrem em decorrência do uso não intencional de substâncias ou como resultado de efeitos colaterais das mesmas. Dentro dos Transtornos pelo Uso das Substâncias estão classificadas a Intoxicação, o Abuso ou uso Nocivo, a Dependência e a Síndrome de Abstinência. A intoxicação com substância é o desenvolvimento de uma síndrome reversível, que ocorre após a administração recente de uma substância psicoativa produzindo alterações de comportamento ou psicológicas mal adaptadas como resultado dos efeitos

fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central. A característica essencial do Abuso ou Uso Nocivo de Substância é um padrão mal adaptativo de uso de substância, manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância (ver diretrizes diagnósticas a seguir). A característica essencial da dependência de substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

Na CID-10, as diretrizes diagnósticas propostas para o Uso Nocivo são as seguintes (WHO, 1993):

A – Padrão de uso que está causando prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico ou mental. O diagnóstico requer que o prejuízo real tenha sido causado à saúde física ou mental do indivíduo.

B – Nenhum outro diagnóstico concorrente de síndrome de dependência de substância para a mesma classe da substância.

No DSM-IV, as seguintes diretrizes diagnósticas são propostas para o Abuso (APA, 1994):

A – Um padrão mal adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- (1) uso recorrente da substância resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (p. ex. repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionado ao uso de substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência em relação aos filhos ou aos afazeres domésticos)
- (2) uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (p. ex. dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância)
- (3) problemas legais recorrentes relacionados à substância (p. ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância)
- (4) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos

efeitos da substância (p. ex. discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação, brigas).

B – Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância para esta classe de substância.

Na CID-10, as seguintes diretrizes diagnósticas são propostas para a Dependência (WHO, 1993):

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido manifestados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
- (e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga; deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

No DSM-IV, as seguintes diretrizes diagnósticas são propostas para a Dependência (APA, 1994):

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou efeito desejado;
- (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- (a) síndrome de abstinência característica para a substância
- (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar sintomas de abstinência

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância ou na recuperação dos seus efeitos.

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

(7) o uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p.ex., uso atual de álcool, embora o indivíduo reconheça que um problema hepático piorou pelo consumo de álcool).

Especificar se:

Com Dependência Fisiológica: evidências de tolerância ou abstinência (presença do Item 1 ou 2).

Sem Dependência Fisiológica: não existem evidências de tolerância ou abstinência (nem item 1 nem item 2 estão presentes).

É interessante notar que tanto na CID-10 como no DSM-IV foi incorporado como critérios diagnósticos um grande espectro de problemas físicos, psíquicos e sociais que estão em conformidade com a característica da manifestação desses transtornos.

1.2 ETIOLOGIA DA DEPENDÊNCIA

A etiologia da dependência de drogas é multifatorial, dependendo da droga, do usuário e do ambiente. As drogas variam quanto a sua capacidade de produzir sensações agradáveis imediatas no usuário. As drogas que sempre produzem sensações intensamente agradáveis (euforia) têm maior probabilidade de serem utilizadas repetidamente. O termo reforço se refere à capacidade que as drogas têm de produzir efeitos que fazem com que seu usuário deseje utilizá-las novamente. Quanto maior a capacidade de uma droga reforçar seu próprio uso, maiores as chances de que ela seja usada de maneira abusiva. Cocaína, anfetamina, etanol, opióides, canabinóides e nicotina aumentam consistentemente os níveis de dopamina no líquido extracelular do estriado ventral, especificamente na região do núcleo accumbens (MEDINA-MORA, 2005; GOODMAN E GILMAN, 2006; MCLELLAN *et al.*, 2000).

Embora as variáveis farmacológicas sejam importantes, elas não explicam totalmente o desenvolvimento do uso abusivo e da drogadição. A maioria das pessoas que experimentam drogas com alto potencial de produzir dependência não intensifica o uso da droga nem perde o controle (MEDINA-MORA, 2005; GOODMAN E GILMAN, 2006; MCLELLAN *et al.*, 2000).

Em geral, os efeitos das drogas variam entre os indivíduos. Os níveis sanguíneos podem mostrar grandes variações após a administração da mesma droga a diferentes indivíduos. O polimorfismo dos genes que codificam as enzimas envolvidas na absorção, no metabolismo e na excreção e nas respostas mediadas pelos receptores pode contribuir para os diferentes graus de reforço ou euforia observados entre os indivíduos (GOODMAN E GILMAN, 2006). Os transtornos psiquiátricos constituem outro grupo de variáveis relacionadas com o usuário. As drogas podem produzir efeitos subjetivos imediatos, que aliviam sintomas preexistentes. Os indivíduos que têm ansiedade, depressão, insônia ou até mesmo sintomas sutis, como timidez, podem descobrir que certas drogas trazem alívio. Contudo, os efeitos benéficos aparentes são transitórios e o uso repetido da droga pode causar tolerância e, por fim, consumo compulsivo e descontrolado (MEDINA-MORA, 2005; GOODMAN E GILMAN, 2006; MCLELLAN *et al.*, 2000).

A iniciação e a continuação do uso de drogas ilícitas são significativamente influenciadas pelas normas sociais e pela pressão dos companheiros. Em algumas

comunidades, os indivíduos que consomem ou vendem drogas são considerados modelos aparentemente respeitados e bem-sucedidos; desse modo, os jovens tentam imitá-los. Também em certas comunidades, há poucas opções adicionais de prazer, diversão ou renda. Esses fatores são particularmente importantes nas comunidades em que os níveis de instrução são baixos e as oportunidades de emprego são escassas (MEDINA-MORA, 2005; GOODMAN E GILMAN, 2006; MCLELLAN *et al.*, 2000).

1.3 NEUROBIOLOGIA

Drogas de abuso têm efeitos bem específicos no circuito cerebral envolvido no controle de comportamentos de motivação e aprendizado. Anatomicamente, o circuito cerebral envolvido na maioria das ações das drogas e no desenvolvimento de dependência está na área tegmental ventral conectando-se ao córtex límbico através do núcleo acumbens no mesencéfalo. Significativamente, a área tegmental ventral e o sistema dopaminérgico têm sido associados com sentimentos de euforia. Animais que recebem estimulação elétrica leve no sistema dopaminérgico através de uma pressão numa alavanca, rapidamente aprenderão a pressionar a alavanca milhares de vezes ignorando necessidades normais de água, comida e descanso (MEDINA-MORA, 2005; MCLELLAN *et al.*, 2000; DACKIS; O'BRIEN, 2005).

A dependência de substância é uma desordem que envolve os sistemas motivacionais do cérebro e apesar do fato que cada substância tem mecanismos de ação distintos e únicos, todas as substâncias que causam dependência ativam o sistema mesolímbico dopaminérgico relacionado ao sistema motivacional da recompensa. As vias neurais que as drogas afetam são as mesmas envolvidas em outros comportamentos humanos como: comer, ter relação sexual ou jogar jogos de azar (MEDINA-MORA, 2005; MCLELLAN *et al.*, 2000). As substâncias que produzem dependência diferem, contudo, dos reforçadores convencionais, pois a estimulação da liberação de dopamina no núcleo acumbens é significativamente maior do que a produzida por reforçadores naturais, como comida (MEDINA-MORA, 2005; MCLELLAN *et al.*, 2000; DACKIS; O'BRIEN, 2005).

As exposições repetidas à droga aumentam os efeitos reforçadores. Esse processo está associado com mudanças notáveis no sistema mesolímbico dopaminérgico. Há mudanças pré-sinápticas (aumento da liberação de dopamina) e

mudanças pós-sinápticas (mudanças na sensibilidade do receptor). Além disso, mudanças estruturais em neurônios no núcleo acumbens e córtex pré-frontal acontecem e são responsáveis pela recaída após um período considerável de abstinência (MEDINA-MORA, 2005; MCLELLAN *et al.*, 2000; DACKIS; O'BRIEN, 2005). Por esse motivo, a terapia cognitivo-comportamental utiliza o mesmo sistema motivacional no cérebro que foi afetado pela dependência de substâncias e procura substituir a motivação de usar substâncias pela motivação para se engajar em outros comportamentos (MEDINA-MORA, 2005; MCLELLAN *et al.*, 2000).

1.4 DETECÇÃO PRECOCE

Em geral, os usuários de substâncias psicoativas procuram os serviços especializados em uma fase muito grave do distúrbio. Considerando-se que a intervenção em fases iniciais do problema melhora muito o prognóstico, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de detecção e intervenção precoces. O primeiro recurso necessário é um instrumento para detecção do uso que seja válido, confiável e de baixo custo. Alguns instrumentos como o CAGE e o DAST focalizam a dependência, sendo menos úteis para detectar uso de risco ou problemático em pessoas que ainda não são dependentes. Os testes biológicos para detectar a presença de substâncias psicoativas tem emprego limitado devido a seu elevado custo e por serem geralmente invasivos (HENRIQUE *et al.*, 2004; WHO, 2002; HUMENIUK *et al.*, 2008).

Dentro desse contexto, a Organização Mundial da Saúde elaborou, a partir da década de 80 o instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test – Teste de Identificação das Desordens do Uso do Alcool). O AUDIT é um instrumento composto por 10 perguntas que objetiva a detecção precoce de pessoas com padrões de uso excessivo de álcool possibilitando intervenções preventivas. Esse instrumento foi validado e desenhado para determinar desde níveis de baixo risco de beber, até o uso nocivo e a dependência de álcool. É um instrumento extremamente útil para ser usado em diferentes ambientes de saúde, necessitando de pouco treinamento e permitindo examinar diferentes fatores de risco entre indivíduos com vários graus de gravidade e ainda permite realizar intervenções nesses grupos de risco (SAUNDERS *et al.* 1993; SILVA; JAYAWARDANA; PATHMESWARAN, 2008; WHO, 2001). O AUDIT tem sua eficácia comprovada tanto em serviços de atenção

primária à saúde quanto de emergência (BERTHOLET *et al.*, 2005; ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH, 2007).

1.5. ASSIST

O desenvolvimento do ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – Teste de Detecção do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Substâncias) (Ver ANEXO 1) foi baseado nos trabalhos prévios da Organização Mundial da Saúde no projeto AUDIT. O sucesso desse projeto na promoção da triagem do uso de álcool e da intervenção breve assim como a sua efetividade na redução de problemas relacionados ao álcool estimulou a expansão da triagem e intervenções breves direcionadas aos problemas com outras drogas. Tal como o AUDIT, o ASSIST foi construído especialmente para o uso internacional em serviços de atenção primária para identificar aquelas pessoas com risco para apresentar problemas relacionados às substâncias e com risco de desenvolver dependência (HENRIQUE *et al.*, 2004; WHO, 2002). A primeira fase do projeto ASSIST foi realizada entre 1997 e 1999. Envolveu o planejamento e o desenvolvimento preliminares de um questionário de triagem para substâncias psicoativas. O questionário inicial era composto de 12 itens (Versão 1.0). Essa fase contou com a participação de vários países para contemplar diferenças culturais e diversos padrões de uso de substância. O ASSIST foi revisado e passou a conter 8 questões (Versão 2.0) com base na avaliação dos itens mais claros para o entendimento dos respondentes e mais consistentes para a detecção dos problemas.

Na segunda fase, foi realizada a validação internacional do ASSIST em vários serviços de atenção primária à saúde e de tratamento de dependência de drogas. A terceira fase do projeto destinava-se a avaliar a eficácia da intervenção breve na atenção primária a saúde. O ASSIST se caracteriza por 8 perguntas estruturadas, que fornecem as seguintes informações: uso na vida de várias substâncias, uso nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso da substância, risco presente ou futuro de passar por problemas, dependência e uso de drogas injetáveis. O ASSIST apresenta rapidez de aplicação e facilidade de interpretação dos resultados dispensando treinamento extensivo e pode ser utilizado para substâncias lícitas e ilícitas. O entrevistador não precisa necessariamente ser médico, podendo ser qualquer profissional da equipe de saúde.

Cada pergunta do ASSIST permite respostas que quantificam a intensidade do uso e da frequência dos problemas relacionados que são traduzidas numa pontuação final, a qual indica o grau de comprometimento com a substância usada. Os indivíduos que apresentam pontuação até 10 para álcool ou até 3 para as outras drogas, são considerados como usuários ocasionais de baixo risco. Quando a pontuação está entre 11 e 26 para álcool e entre 4 e 26 para outras drogas é interpretado como uso de risco ou uso nocivo sendo realizada uma intervenção breve. Quando os indivíduos pontuam acima de 26 para qualquer droga, estes devem ser encaminhados para um serviço especializado pois interpreta-se esta pontuação como sendo sugestiva de dependência para a substância.

1.6 INTERVENÇÃO BREVE

Há uma grande variedade de definições para intervenções breves (IB). Na literatura mais recente, elas têm sido referidas como: “orientação básica”, “intervenções mínimas” ou “aconselhamento breve”. Elas podem ser simples recomendações para redução de consumo, fornecidas por um profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem, assistente social, etc), como também pode incluir uma série de recursos oferecidos em um programa estruturado de tratamento. Portanto, intervenções breves não devem ser vistas como uma técnica homogênea, mas como um conjunto de estratégias ou procedimentos que variam quanto à duração, estrutura, metas, pessoal responsável, meio de comunicação e ambiente de execução (MARQUES; FURTADO, 2004).

As intervenções breves não devem ser confundidas com terapias breves. As principais diferenças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento. As IBs objetivam, primariamente, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações, como, por exemplo, iniciar um tratamento ou ainda, melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de auto-cuidado (MARQUES; FURTADO, 2004).

As psicoterapias breves têm objetivos mais amplos, tais como obter mudanças mais profundas e persistentes de padrões de reação emocional ou comportamental, a manutenção de abstinência ou a habilidade de desenvolver

estratégias para lidar com o estresse e situações de risco intrínsecas e extrínsecas (MARQUES; FURTADO, 2004).

As IBs são intervenções que podem também completar atividades assistenciais habituais e que são inseridas na rotina usual de atendimento, ocupando um tempo mínimo, utilizando recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e promovendo a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões (MARQUES; FURTADO, 2004).

As psicoterapias breves, por outro lado, são momentos terapêuticos mais intensos, exclusivos; ou seja, sessões terapêuticas mais longas e menos estruturadas, aplicadas de acordo com a experiência e características do terapeuta (MARQUES; FURTADO, 2004).

As IBs não exigem muito tempo e se incorporam com facilidade na consulta usual de médicos, enfermeiras e agentes de saúde comunitária. As psicoterapias breves implicam numa programação mais prolongada de sessões. As IBs podem durar de 5 a 30 minutos, pelo menos, e são constituídas por uma curta seqüência e etapas que incluem a identificação e dimensionamento dos problemas ou dos riscos – geralmente através do uso de um instrumento padronizado de detecção como o ASSIST, por exemplo – e o oferecimento de aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso em atingir metas assumidas voluntariamente pelo paciente (SEGATTO *et al.*, 2007; MARQUES; FURTADO, 2004).

Um dos primeiros estudos sobre triagem e intervenção breve apareceu em 1961. Chafetz relatou que a probabilidade de pessoas com alcoolismo fazerem tratamento em uma clínica de alcoolismo após receberem aconselhamento breve por um psiquiatra na sala de emergência era maior do que para aqueles pacientes que não recebiam qualquer aconselhamento (CHAFETZ, 1961 Apud SAITZ, 2007). A intervenção breve foi proposta como uma abordagem psicoterapêutica para dependentes de álcool em 1972 por Sanchez-Craig e colaboradores no Canadá. Com a aplicação de quatro sessões focalizadas e simples, seus autores observaram uma redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves e,

conseqüentemente, uma melhora na saúde, quando comparada a uma amostra semelhante de pacientes sem a intervenção. A técnica pode ser aplicada por profissionais de várias formações que podem ser treinados em um curto espaço de tempo. (MARQUES; FURTADO, 2004)

O objetivo fundamental de qualquer intervenção breve é reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas ou, mais precisamente, reduzir as chances e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias. As metas são estabelecidas para cada paciente, individualmente, a partir da clara identificação do seu padrão atual de consumo e os riscos associados (MARQUES; FURTADO, 2004). O primeiro impacto das intervenções breves é motivacional, isto é, desencadear a decisão e o comprometimento com a mudança (SEGATTO *et al.*, 2007). A motivação é um processo dinâmico, é um estado de prontidão ou disposição para mudança que pode variar de tempos em tempos ou de uma situação para outra (SEGATTO *et al.*, 2007).

Existem seis elementos componentes de uma intervenção breve, que são essenciais e que devem estar presentes para caracterizar a intervenção. Eles são identificados por meio do acrônimo FRAMES, originado pela composição da primeira letra das palavras inglesas: *Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathic* e *Self-efficacy* (SEGATTO *et al.*, 2007; MARQUES; FURTADO, 2004).

O termo “feedback” (devolutiva) é empregado para a comunicação do resultado da avaliação do indivíduo, mais comumente feita através da devolutiva dos resultados obtidos na aplicação de um instrumento de detecção – por exemplo o profissional informa o resultado da pontuação no ASSIST e esclarece o seu significado para o paciente.

O termo “Responsibility” (responsabilidade) se refere à ênfase na autonomia do paciente e sua responsabilidade nas decisões, isto é, este elemento enfatiza a responsabilidade do paciente no processo de mudança. O princípio é que ninguém mudará seu hábito se não quiser. O que o indivíduo vai fazer com as informações e as orientações recebidas e quais as estratégias de mudança que serão utilizadas dependem de uma decisão pessoal.

O termo “advice” (aconselhamento) corresponde às orientações e recomendações que o profissional deve oferecer ao paciente, sendo essas claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social e que preservem a autonomia de decisão do paciente.

“Menu” é o fornecimento ao paciente de alternativas de ações voltadas a sua auto-ajuda ou a opções de tratamento disponíveis – que podem ser realizadas por ele.

“Empathic” (Empático(a)) refere-se à postura que deve ser adotada pelo profissional diante do seu paciente assumindo um relacionamento empático, solidário e compreensivo durante a entrevista e a intervenção breve.

“Self-efficacy” (Auto-eficácia) é o termo empregado para promover e facilitar a confiança do paciente em si mesmo, acreditando em seus próprios recursos e em seu sucesso, correspondendo a um reforço do otimismo e da autoconfiança do paciente (SEGATTO *et al.*, 2007; MARQUES; FURTADO, 2004).

A entrevista motivacional, na qual a IB está baseada, é uma interação do tipo diretiva, centrada no paciente e que objetiva provocá-lo para uma mudança de comportamento. A entrevista motivacional inicia com a identificação do estágio de comportamento no qual o paciente se encontra, de acordo com o modelo de mudança proposto por Prochaska *et al.* (1992). Em seguida, ajuda-se o paciente a explorar e a resolver suas ambivalências sobre seu uso da substância e a se mover através dos estágios de mudança. Os estágios propostos nesse modelo são: **pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção**, sendo que é possível caracterizar o paciente em qual estágio ele pode ser enquadrado (MENDES, 2006).

Os indivíduos em **pré-contemplação** de um comportamento-problema nem sequer estão pensando em mudar, na verdade, eles podem não ver o comportamento como um problema, ou pelo menos não acreditam que o seu comportamento seja tão problemático quanto os outros acreditam. A **contemplação** é o estágio no qual os pacientes estão receptivos para informações, estão dispostos a considerar o problema e a possibilidade de mudar seu comportamento. O estágio da **ação** é caracterizado pela decisão do paciente de iniciar um comportamento positivo para a mudança. Muitos indivíduos nesse estágio já fizeram ou estão

fazendo uma tentativa concreta de mudança de comportamento. Quando a mudança é bem sucedida e sustentada por longo prazo, durante muitos meses ou anos, o paciente encontra-se no último estágio, denominado **manutenção**. Nesse estágio, o novo comportamento está se estabelecendo com firmeza, e a ameaça de recaída ou de um retorno aos padrões antigos se torna menos freqüente (MENDES, 2006).

A recaída, no entanto, sempre é possível, tanto no estágio da ação quanto da manutenção. Ela pode ocorrer por várias razões. Os indivíduos podem experimentar uma tentação ou desejo particularmente forte e inesperado e não serem capazes de enfrentá-lo com sucesso (MENDES, 2006).

Vários estudos têm sugerido que a IB, quando aplicada em usuários de risco ou uso nocivo apresentam eficácia, principalmente para o álcool, seja em atenção primária à saúde seja no atendimento de emergência (BERTHOLET *et al.*, 2005; BEICH; THORSEN; ROLLNICK, 2003; ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH, 2007; LEE, 2008).

Bernstein *et al.* (BERNSTEIN *et al.*, 2005) fizeram um estudo com pacientes usuários de cocaína e heroína no centro médico de Boston, um hospital universitário. Foi demonstrado que no grupo da intervenção breve, 22,3% dos pacientes ficaram abstinentes do uso da cocaína e 40,2% da heroína, sendo diferente significativamente em relação ao grupo controle.

Baker *et al.* (BAKER; BOGGS; LEWIN, 2001) estudaram usuários regulares de anfetaminas e demonstraram que houve redução clinicamente significante do uso e abstinência estatisticamente significante por parte dos pacientes que receberam IB e material de auto-ajuda, concluindo a efetividade da intervenção.

Lang *et al.* (LANG; ENGELANDER; BROOKE, 2000) estudaram pacientes usuários de maconha na Austrália que receberam IB e manual de auto-ajuda. Metade dos participantes do estudo reduziu a freqüência e a quantidade da maconha usada.

Stephens *et al.* (STEPHENS; ROFFMAN; CURTIN, 2000) concluíram que houve uma redução significativa no número de usuários de maconha e de problemas

decorrentes do seu uso na avaliação após um, quatro, sete, treze e dezesseis meses da detecção seguida por intervenção breve.

Jungerman *et al.* (JUNGERMAN; ANDREONI; LARANJEIRA, 2007) concluíram que quatro sessões individuais em um ou três meses para usuários de maconha diminuiu seu uso em relação ao grupo controle e que a aplicação das sessões em três meses melhorou os sintomas de dependência em relação à aplicação em um mês.

Fleming *et al.* (FLEMING *et al.*, 2002) relataram que o seguimento de 48 meses após 2 sessões de 15 minutos e 2 chamadas telefônicas de 5 minutos estavam associadas com reduções sustentadas no uso de álcool, na utilização do sistema de saúde, nos acidentes com veículos e nos custos associados. Um investimento de 70 dólares na detecção de álcool e intervenção breve resultaria numa economia de 301 dólares.

1.7 NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Antigamente, havia uma tendência de considerar a prevenção primária (intervenções antes do início dos problemas) como a única forma verdadeira de prevenção, mas atualmente essa idéia tem se alterado (MEDINA-MORA, 2005). Classifica-se os níveis de prevenção como:

Prevenção primária ou universal: objetiva evitar a instalação da doença sendo os programas dirigidos a todos os membros de uma população. Em relação às drogas, o objetivo é impedir que se produza um consumo problemático antes mesmo do primeiro uso. Incluem medidas de informação, medidas sociais e legais para a redução do acesso e o estímulo a alternativas de lazer saudáveis. A proposta é intervir antes que surja algum problema reduzindo o surgimento de casos novos (diminui a incidência do uso de drogas numa população) (SENAD).

Prevenção secundária, seletiva ou indicada: Dirigida a pessoas em especial risco de consumo problemático de substâncias ou focalizada em grupos de indivíduos que já estão evidenciando problemas quanto ao seu padrão de uso. Visa, pois, diminuir a prevalência do problema-alvo, buscando impedir a progressão do uso uma vez iniciado. Aqui, incluem-se o diagnóstico precoce, a orientação dirigida e

a intervenção no problema (SENAD). É nesse nível de prevenção que o instrumento ASSIST é extremamente útil.

Prevenção terciária é a reabilitação e a prevenção de complicações no indivíduo doente consistindo em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. Aplicada ao universo do uso de drogas, esta tem como objetivo primordial a redução de danos e evitar a recaída. Visa também a reinserção social dos indivíduos que se encontram dependentes atuando no sentido de possibilitar a reintegração do indivíduo no contexto social, na família e no trabalho, contemplando todas as etapas do tratamento (antes, durante e depois)(SENAD).

1.8 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O clássico estudo de White demonstrou que, em uma população de 1000 pessoas com mais de 15 anos, após um período médio de um mês, 750 terão sintomas/problemas de saúde (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961). A maioria dessas pessoas lidará com seus próprios problemas, mas 250 consultarão um médico geral. Destas, cinco serão encaminhadas a um especialista e nove, hospitalizadas. Passados 40 anos, o estudo foi repetido utilizando metodologia similar e incluindo crianças. As proporções se mantiveram as mesmas (GREEN *et al.*, 2001).

Entre 75% e 85% das pessoas em uma população geral precisam de um serviço de atenção primária no período de um ano. A proporção restante exige encaminhamento a cuidado secundário para consulta de curta duração (talvez 10-12%) ou a um especialista de cuidado terciário para problemas incomuns (5-10%). Essas proporções provavelmente irão variar de local para local e para populações que necessitam de cuidados especiais (STARFIELD, 1994; FUNDERBURK; MAISTO; SUGARMAN, 2007; LOCK *et al.*, 2002). No artigo de Aalto, cita-se que dependendo da área, 60-75% dos habitantes são atendidos na unidade básica de saúde anualmente (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2001).

A atenção primária à saúde é o primeiro contato com o sistema de saúde de forma coordenada, abrangente e contínua para a população sem discriminação de gênero ou doença (WHO, 1978; FUNDERBURK; MAISTO; SUGARMAN, 2007). Atenção secundária à saúde consiste na consulta propriamente dita com o especialista geralmente de curto tempo em natureza para o propósito de complementar a atenção fornecida pelos médicos da atenção primária auxiliando no diagnóstico ou dilema terapêutico. Atenção terciária, em contraste, é para pacientes com distúrbios que são incomuns na população e, desta forma, os médicos da atenção primária raramente enfrentam esses problemas de saúde de maneira que apresentam menos competência para lidar com eles. Quando a distúrbio tem um impacto substancial na saúde do paciente, o médico da atenção terciária pode assumir a responsabilidade do tratamento por um longo período, mas preservando-se as consultas com o médico da atenção primária para os problemas e necessidades nas quais estes são melhor qualificados para atender (STARFIELD, 1994).

A unidade básica de saúde é o ambiente onde o estigma em relação às drogas de abuso é menor e, conseqüentemente, também será menor a resistência do indivíduo à abordagem e orientação sobre o problema das drogas (MARQUES; FURTADO, 2004). O trabalho de Henrique *et al.* (HENRIQUE *et al.*, 2004) descreve que o ASSIST é adequado para uso em serviços de assistência não especializados devido a sua estrutura padronizada, rapidez de aplicação, abordagem simultânea de várias classes de substâncias, facilidade de interpretação e a possibilidade de ser utilizado por profissionais de saúde de formações diversas conforme já comentado anteriormente. Além disso, esses profissionais já estão acostumados a lidar com programas direcionados a doenças crônicas que requerem intervenção breve e suporte constante e também possuem confiança da população.

Starfield cita em seu artigo (STARFIELD, 1994) que comparações internacionais quanto às características dos sistemas de saúde consideram os cuidados primários mais propensos a apresentar melhores resultados. Pelo menos em nações industrializadas ocidentais, os cuidados primários do sistema de serviço de saúde de um país está associado com custos menores de atenção à saúde, maior satisfação da população com os serviços de saúde, melhores níveis de saúde e menor uso de medicação (STARFIELD, 1994).

1.9 AS BARREIRAS, CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A implementação de programas assistenciais deve levar em consideração a realidade cotidiana do profissional da atenção primária à saúde o que muitas vezes não acontece. Normalmente não se consideram a formação, as dificuldades, as crenças e as sugestões dos profissionais envolvidos para implantar um programa e tal profissional se torna um consumidor passivo de algumas técnicas realizadas de forma acrítica e inadequada ao seu contexto de trabalho (GONÇALVES, 2005).

Os profissionais de saúde têm de desenvolver vários programas na atenção primária à saúde muitas vezes validados por pesquisas, porém o resultado pode ser inferior quando aplicado pelo profissional em sua realidade cotidiana. A fim de saber o porquê dessa discrepância, é necessário avaliar as crenças, atitudes, habilidades e dificuldades dos profissionais e a opinião dos gestores de saúde para que se desenvolvam programas na atenção primária com êxito no cotidiano.

No trabalho de Vadlamudi *et al.* cita-se um estudo do Centro sobre Abuso e Adição de Substâncias (CASA) realizado nos Estados Unidos em 1999 (National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse) no qual aproximadamente 94% dos médicos falharam em reconhecer sinais e sintomas precoces de abuso de álcool em adultos e somente 32,1% dos médicos de atenção primária investigam cuidadosamente seus pacientes para o abuso de substâncias (VADLAMUDI *et al.*, 2007). Muitos provedores da atenção primária sentem que têm responsabilidade em prevenir os problemas relacionados ao álcool, porém somente 30% desses que se sentem responsáveis fizeram alguma prevenção (BRADLEY *et al.*, 1995 Apud VADLAMUDI *et al.*, 2007).

No trabalho de Lock *et al.* (LOCK *et al.*, 2002), enfermeiras da atenção primária relatam que a questão das drogas é difícil, pois se pode aborrecer os pacientes, esses não falam a verdade, além disso, há falta de conhecimento, de experiência e de confiança na área de drogas por parte das enfermeiras.

Na perspectiva de Kuehn (KUEHN, 2008), os obstáculos a serem superados são: falta de tempo e mudança no sistema médico, pois este é direcionado a tratar doenças agudas e portanto, implementar cuidados preventivos – incluindo intervenções para uso prejudicial de álcool – vai exigir grandes mudanças na forma como o sistema de saúde é gerenciado. Outra mudança importante é que os profissionais de atenção primária terão que trabalhar em equipe sendo que não apenas o médico poderá administrar intervenções comportamentais. Para alguns médicos, razões culturais ou pessoais podem ser a base da hesitação em abraçar o uso das intervenções breves para o álcool, por exemplo, médicos que ingerem álcool podem se sentir desconfortáveis em realizar detecção.

Médicos e enfermeiras estão mais confortáveis em abordar o assunto com pacientes homens, aqueles que são mais jovens e aqueles em profissões manuais; eles acham que é mais difícil levantar a questão com pacientes mulheres, com idade mais avançada ou com os que trabalham em escritórios (KUEHN, 2008). Médicos também podem hesitar em detectar pacientes com problemas do uso de álcool, porque eles sentem medo de identificar pacientes com problemas graves que exigem mais do que somente um aconselhamento estruturado sobre o tratamento (KUEHN, 2008).

No trabalho de Holmqvist (HOLMQVIST *et al.*, 2008), 97% dos médicos e enfermeiras da atenção primária à saúde consideraram “muito importante” ou “importante” identificar ou oferecer aconselhamento a pacientes com consumo de risco, porém menos da metade dos médicos e 28% das enfermeiras discutem freqüentemente sobre o álcool com seus pacientes. As questões sobre o álcool foram discutidas menos comumente do que todas as outras questões relacionadas ao estilo de vida como tabagismo, atividade física, sobrepeso e estresse. Falta de tempo foi citada por médicos e enfermeiras como a razão mais comum para não se discutir sobre álcool, apesar da indicação clínica que os sintomas do paciente poderiam estar associados com álcool (HOLMQVIST *et al.*, 2008).

A maioria dos médicos (77%) e enfermeiras (88%) citou que melhorar as condições para encaminhar pacientes a especialistas, aumentaria suas atividades na promoção da prevenção do álcool. Essa idéia equivocada em relação ao seu papel na prevenção secundária, pode ser atribuída à falta de conhecimento do

profissional, pois a maioria dos bebedores de risco não precisa ser encaminhada. No entanto, um número maior de pacientes dependentes poderia ser detectado e que teria necessidade de encaminhamento para serviços especializados (HOLMQVIST *et al.*, 2008). Um importante achado desse estudo é a importância do conhecimento e da educação para facilitar o aumento de atividades em relação às questões de álcool.. Nesse estudo, altas proporções de médicos (73%) e enfermeiras (87%) acreditam que melhorar o trabalho em equipe direcionado aos pacientes com consumo de risco poderia aumentar a atividade de intervenção do álcool (HOLMQVIST *et al.*, 2008).

Na revisão de Nilsen *et al.* (NILSEN *et al.*, 2006), relata-se sobre atitudes negativas entre médicos da atenção primária à saúde, que não acreditam que a intervenção breve é parte legítima do seu trabalho. Conhecimento e habilidade insuficientes entre provedores da atenção primária, falta de tempo e apoio inadequado foram identificados como importantes barreiras (ROCHE; FREEMAN, 2004 Apud NILSEN *et al.*, 2006).

Todas essas barreiras têm que ser superadas através de um treinamento adequado dos profissionais para a aplicação eficiente desses programas bem como é necessário o acompanhamento da implementação para aumentar o envolvimento dos profissionais de saúde nas questões relacionadas ao uso de álcool (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2001; ANDERSON *et al.*, 2003).

Para conhecer as principais barreiras na implementação de um programa de prevenção secundária relacionado às drogas de abuso é interessante o emprego de metodologias que são muito comuns na área de sociologia, antropologia e história, ou seja, a pesquisa qualitativa. Em estudos sobre adição, estudos qualitativos tem ocorrido regularmente desde 1920 (NEALE; ALLEN; COOMBES, 2005). Alguns estudos qualitativos exploram os detalhes das experiências laborais e de vida das pessoas e dos profissionais, apreciam por que ocorrem comportamentos relacionados a drogas e como eles são entendidos em diferentes contextos entre distintos grupos sociais (NEALE; ALLEN; COOMBES, 2005). Além disso, são mais demorados, pois rende maior volume de dados e a análise é mais interpretativa, criativa e pessoal. É necessário entender como os seres humanos percebem e

interpretam seu meio-ambiente, ou seja, a pesquisa qualitativa tem a capacidade de explorar e explicar o comportamento humano (NEALE; ALLEN; COOMBES, 2005).

Enfim, a pesquisa qualitativa na adição tem ajudado a eliminar mitos insalubres e estereótipos sobre usuários de drogas, a construir e desenvolver teorias de adição, a formular e avaliar a política sobre drogas, a estudar grupos mais reclusos e difíceis de alcançar, a identificar tendências emergentes no consumo de drogas e a pesquisar questões sensíveis sobre drogas. Além disso, técnicas qualitativas têm um papel importante em complementar a pesquisa quantitativa por ajudar a interpretar, iluminar, ilustrar, qualificar e determinar relações estatísticas determinadas (NEALE; ALLEN; COOMBES, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Dada a relevância do tema para a Saúde Pública não somente na promoção de qualidade de vida mas também minimizando gastos para os cofres públicos, desenvolver um programa que viabilize a detecção precoce dos problemas decorrentes do uso de drogas e que seja realizado pelos próprios profissionais da saúde na sua rotina de trabalho tem uma importância muito grande. Porém, para que um programa desta natureza seja efetivo e seja incorporado na rotina do serviço de APS, é necessário conhecer as barreiras para a sua implementação, tanto as relacionadas ao próprio profissional, como as relacionadas à estrutura institucional e ao paciente atendido neste serviço. Por outro lado, a mudança de atitude dos profissionais frente aos problemas decorrentes das drogas e o desenvolvimento de habilidades para detectar e intervir precocemente no problema necessitam de treinamento e supervisão adequados.

3. OBJETIVO GERAL

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde na implementação do programa de detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na atenção primária à saúde (APS) nas cidades de Curitiba, Lapa e São José dos Pinhais, todas situadas no estado do Paraná.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as principais crenças, atitudes e habilidades de profissionais e alunos da área de saúde sobre aplicação de instrumentos de detecção precoce e intervenção breve para uso de risco de drogas.
- Avaliar se o treinamento ofertado a profissionais da atenção primária à saúde que passaram a realizar na prática a detecção e a intervenção breve foi capaz de modificar as suas crenças, atitudes e habilidades em relação a detecção e intervenção breve para uso de risco de drogas.
- Avaliar as principais barreiras encontradas na implementação do projeto para detecção precoce e intervenção breve em usuários de risco de drogas.
- Avaliar as expectativas e comprometimento dos gestores da organização em relação ao projeto para detecção precoce e intervenção breve em usuários de risco de drogas.
- Avaliar a qualidade do treinamento ofertado aos profissionais da atenção primária à saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Participantes do Projeto

Para a análise das crenças, atitudes e habilidades em relação às drogas de abuso, o questionário QE1 (Ver ANEXO 2) foi aplicado a 34 profissionais de saúde de 9 unidades da APS de Curitiba (Ctba-9UBS) treinados em 2003/2004 durante o desenvolvimento da fase III do Projeto ASSIST, 23 profissionais do Departamento de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Curitiba (SOCTba) treinados no ano de 2007, 20 alunos de uma disciplina optativa regular do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (alunos) durante os anos de 2005 a 2007 e 85 profissionais das unidades de APS dos municípios da Lapa, São José dos Pinhais (SJP) e do Distrito Regional do Cajuru em Curitiba (Cajuru) e treinados para participar do projeto para detecção precoce e intervenção breve em usuários de risco de drogas durante o ano de 2007, totalizando 162 participantes.

Para implementar o projeto de detecção precoce e intervenção breve nos municípios da Lapa, Cajuru e SJP, foram realizados diversos contatos com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde. Após algumas reuniões com coordenadores e supervisores, foi solicitada a indicação de profissionais de saúde para a participação no projeto. Os coordenadores convocaram alguns dos profissionais de saúde das suas unidades para participar do treinamento que os habilitaria a participar do projeto. De cada unidade de atenção primária à saúde, participaram no mínimo 1 e no máximo 12 profissionais, totalizando 85 profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, gestores de unidades básicas de saúde, agentes comunitários e odontólogos. Esses profissionais responderam o QE1 antes do treinamento.

Os gestores (n=22) das unidades básicas de saúde do Cajuru (n=11) e SJP (n=10) envolvidas no referido projeto e a Secretária de Saúde do Município da Lapa (n=1) foram contatados para uma entrevista estruturada com duração média de 20 minutos para avaliar suas expectativas e o grau de comprometimento da sua instituição com o projeto.

4.2 Procedimentos e instrumentos para a coleta de dados

O questionário de estudo n. 1 (QE1) desenvolvido para profissionais da atenção primária a saúde por BABOR (BABOR *et al.*, 2004) e adaptado para o presente trabalho foi utilizado para avaliar as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais e alunos da área da saúde (n=162 participantes). O questionário era de auto-preenchimento com 134 questões dividido em 3 partes, com questões abrangendo os seguintes temas: Parte 1: Dados gerais do profissional (5 questões); Parte 2: Rotina profissional em perguntar e aconselhar sobre questões gerais de saúde e em relação ao álcool e outras drogas (13 questões); Parte 3: Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas pelos seus pacientes, sobre seu comportamento de como lidar com o problema e sobre seu papel, habilidades e interesse em detectar e intervir no problema (116 questões: 58 para álcool e 58 para outras drogas). Cada participante levou aproximadamente 50 minutos para respondê-lo, sem apresentar quaisquer dificuldades.

Todos os participantes receberam um treinamento teórico-prático ministrado pela equipe do projeto ASSIST da UFPR em diferentes momentos e com diferentes estruturas do curso. Para os profissionais que iriam aplicar o procedimento de detecção precoce e intervenção breve (Lapa, Cajuru e SJP), o curso teve duração de 16 horas teóricas ao longo de 4 semanas (uma aula de 4 horas por semana) e um treinamento prático um mês após. Receberam também, a cada 2 semanas aproximadamente, ligações telefônicas para saber como estava o andamento do projeto, se tinham alguma dúvida ou se precisavam de algum material adicional. Quando necessário, os pesquisadores compareceram às unidades para a devida supervisão. Os demais profissionais (Ctba-9UBS e SOctba) receberam o mesmo curso de treinamento (16 horas, 4 horas a cada semana) e um período de supervisão prática após um mês. Os alunos do curso de Terapia Ocupacional da UFPR receberam o treinamento durante o período de duração da disciplina optativa ofertada pelo Departamento de Farmacologia sendo ministradas as aulas pela mesma equipe. A disciplina tem um total de 45 horas distribuídas ao longo do semestre letivo tendo três horas aula por semana, com conteúdo semelhante ao curso ofertado aos profissionais.

Cerca de 6 meses após o treinamento, aplicou-se novamente o QE1 em reuniões agendadas com os participantes do projeto de detecção precoce e intervenção breve para drogas, ou seja, os profissionais da Lapa, Cajuru e SJP. Alguns profissionais que não compareceram a essa reunião foram contatados diretamente em suas unidades para responder o questionário. Desta forma, foi obtido um total de 45 QE1 após o treinamento. Os 40 participantes restantes não responderam ao QE1 por terem sido transferidos de unidade, por estarem de férias, por falta de interesse em participar, e ainda, um faleceu.

Durante a reunião agendada para aplicar o QE1, os profissionais também responderam um outro questionário (Ver ANEXO 3) com questões objetivas sobre avaliação da didática, conteúdo, aplicabilidade da proposta na prática, adequação da carga horária, treinamento prático e supervisão na aplicação do ASSIST e da intervenção breve havendo espaço para comentários, críticas e sugestões. Para seu preenchimento, foram despendidos 15 minutos em média. Alguns profissionais que não compareceram a essa reunião foram contatados diretamente em suas unidades para responder ao questionário. Foi obtido um total de 45 questionários de avaliação do treinamento.

Nesses encontros agendados, também foram realizadas reuniões utilizando-se a técnica de grupo focal (POWEL; SINGLE, 1996). O objetivo desta reunião era avaliar as dificuldades enfrentadas durante o desenvolvimento do projeto. Compareceu um total de 34 profissionais englobando os três municípios, representando 7 Unidades Básicas de Saúde da Lapa, 8 do Cajuru e 4 de SJP. Durante a reunião foram feitas três perguntas: (1) Quais os principais obstáculos encontrados pelos profissionais? (2) O que o projeto modificou sua unidade? (3) Quais os pontos positivos e negativos do projeto? Cada profissional emitiu sua opinião em relação às perguntas abertamente sem limite de tempo para a resposta. O tempo de cada reunião levou cerca de uma hora e meia. As respostas emitidas pelos profissionais foram gravadas e posteriormente transcritas literalmente por um pesquisador. A interpretação e codificação das respostas foram realizadas por dois pesquisadores independentemente.

Para avaliar o grau de comprometimento e expectativas dos gestores em relação ao projeto, foi feito um contato pessoal cerca de 4 a 6 meses após o treinamento inicial, sendo entrevistados vinte e dois gestores/coordenadores provenientes dos 3 municípios participantes. A entrevista durou cerca de 20 minutos.

Foram abordados os seguintes temas: (1) missão da sua organização; (2) suas razões para participação; (3) suas expectativas em relação ao projeto; (4) suas expectativas quanto aos benefícios do projeto para a organização; (5) sua possível contribuição para o projeto; (6) seus critérios para avaliação dos objetivos do projeto; (7) as informações e documentações que esperavam receber do projeto; (8) os obstáculos encontrados; (9) possíveis estratégias a serem usadas para superar os obstáculos; (10) estratégias para adequar o projeto à rotina do serviço; (11) dificuldades para implementação da proposta na rotina de trabalho. As perguntas foram abertas e as respostas anotadas por um pesquisador. De maneira semelhante ao que foi realizado com o grupo focal, as respostas emitidas pelos gestores foram posteriormente transcritas literalmente por um pesquisador. A interpretação e codificação das respostas foram realizadas por dois pesquisadores independentemente.

4.3 Questão Ética

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética do Setor de Ciências Biológicas da UFPR sob o número 016/06 em 21/08/2006.

4.4 Análise estatística

As questões da Parte 3 do questionário QE1 foram comparadas entre as respostas relacionadas ao álcool e as outras drogas. Como não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes nessa comparação, foram utilizadas apenas as respostas para as questões relacionadas ao álcool (58 questões). Para a análise das crenças, atitudes e habilidades de profissionais e alunos da área da saúde foram realizadas uma análise de acordo com o conteúdo e uma análise fatorial. Na primeira análise, foram agrupadas as questões com conteúdos relacionados obtendo-se 12 novas questões ou afirmativas. Para cada nova afirmativa, foram calculadas as somatórias dos graus conferidos para as questões originais do QE1, sendo que, os graus variaram de 1 a 5 sendo o valor 1 correspondente a concordância total e o valor 5 à discordância total. Em seguida, foram calculadas as porcentagens desses graus conferidos em relação ao máximo de discordância possível para a somatória dessas questões. Cada uma destas 12 novas afirmativas

foi criada a partir de no mínimo 3 e no máximo 8 questões do QE1 (os cálculos destas afirmativas com suas questões originais respectivas estão mostrados no ANEXO 4). A análise fatorial foi realizada para se detectar quais respostas às 58 questões do QE1 eram correlacionadas entre si considerando-se todos os 162 participantes (Ver ANEXO 5). Foram extraídos dessa análise 18 fatores que foram interpretados de acordo com o conteúdo das questões que pesaram em cada um deles. Para reduzir o número de questões do QE1 e permitir a análise dos fatores, cada fator passou a ser representado pela questão que obteve o maior peso no respectivo fator. As médias e erros padrões foram calculados para os percentuais de discordância para cada uma das 12 afirmativas e para os graus conferidos para cada um dos 18 fatores. Foi realizada ANOVA de uma via, seguida do teste de Duncan, para comparar essas médias entre os diferentes participantes (profissionais e alunos). Para avaliar possíveis mudanças provocadas pelo treinamento, o teste de Wilcoxon foi usado para as médias dos percentuais de discordância das 12 afirmativas e as médias dos graus conferidos para cada um dos 18 fatores considerando somente os profissionais dos 3 municípios que participaram do treinamento e que responderam o QE1 antes e depois do treinamento.

A avaliação do grau de satisfação dos profissionais com o treinamento foi realizada através da análise descritiva de suas respostas. As entrevistas com os gestores e os depoimentos do grupo focal foram interpretados e reunidos de acordo com seus conteúdos (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1999). As frequências de respostas da avaliação do treinamento, da avaliação dos gestores e do grupo focal estão apresentadas em tabelas.

5. RESULTADOS

5.1 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades dos profissionais e alunos da área da saúde antes de se submeterem ao treinamento.

Na Tabela 1 pode-se observar os percentuais de discordância para as 12 afirmativas obtidas a partir da análise de conteúdo das 58 questões do QE1. Essas afirmativas estão agrupadas de acordo com as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais e alunos da área da saúde antes de receberem um treinamento sobre detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas. A comparação entre os diferentes profissionais e alunos da área da saúde mostrou que os alunos do curso de Terapia Ocupacional da UFPR foram os que mais discordaram das afirmativas “Eu não acredito na eficácia do tratamento”, “Eu acho que não é papel do profissional lidar com usuários de risco”, “Eu acredito que tenho conhecimentos para lidar com usuários de risco” e os que menos discordaram das afirmativas “Eu acho que é papel do profissional lidar com usuários de risco” e “Eu acho que não tenho habilidades para lidar com usuários de risco”. Para algumas destas afirmativas, a diferença observada foi em relação à maioria dos outros profissionais. Para a afirmativa “O sistema de saúde apresenta barreiras para implementação deste tipo de ação” os profissionais do serviço de Saúde Ocupacional da Prefeitura Municipal de Curitiba foram os que apresentaram maior grau de discordância em relação aos profissionais dos municípios da Lapa, São José dos Pinhais e alunos. Para a afirmativa “Eu acho desconfortável lidar com o problema de uso de drogas”, os profissionais da Regional do Cajuru em Curitiba foram os que mais discordaram.

Pode-se observar também na tabela 1, que de uma maneira geral, independente do grupo de participante considerado, as suas crenças e atitudes foram positivas em relação ao procedimento de detectar e intervir precocemente em usuários de risco de drogas. Quanto às habilidades para realizar o procedimento, os participantes em geral, relataram necessidade de capacitação.

Na tabela 2, pode-se observar os graus conferidos para as questões representativas dos 18 fatores extraídos da análise fatorial com as 58 questões do QE1 respondidas por todos os participantes (n=162) antes de iniciar o treinamento. Para cada um dos 18 fatores, foi escolhida uma questão representativa do fator, ou seja, aquela questão que teve o maior peso no respectivo fator. Na tabela 2, pode-se

verificar que esses fatores já estão interpretados, sendo apresentados na ordem decrescente da variância observada. Para cada fator estão apresentados os valores das médias e erros padrões dos escores conferidos pelos participantes para as questões representativas desses fatores.

A comparação entre os grupos de participantes revelou que os alunos do curso de Terapia Ocupacional da UFPR foram os que concordaram mais com o fator FALTA DE HABILIDADE PARA DETECTAR E INTERVIR, seguidos pelos profissionais de São José dos Pinhais. Também foram os alunos que mais concordaram com o fator CRENÇA NO BENEFÍCIO DA IB, seguidos pelos profissionais da Saúde Ocupacional da Prefeitura de Curitiba e da Lapa. Outra diferença detectada foi para o fator FALHA INSTITUCIONAL, para o qual os profissionais da Saúde Ocupacional da Prefeitura de Curitiba foram os que mais discordaram deste fator.

Valores altos de discordância foram observados igualmente para todos os participantes para os fatores CRENÇAS ALTAMENTE NEGATIVAS, REAÇÃO NEGATIVA DO PACIENTE, CRENÇA NA INEFICÁCIA DA INTERVENÇÃO, NÃO É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS, PAPEL NEGATIVO DA INTERVENÇÃO, PROBLEMA SEM IMPORTÂNCIA PARA SAÚDE, FALTA DE PREPARO DO PROFISSIONAL, EXPECTATIVA NEGATIVA DO RESULTADO, FALTA DE TEMPO E MOTIVAÇÃO PARA DETECTAR E INTERVIR.

Valores altos de concordância foram observados para todos os participantes para os fatores É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS, CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E IB, EXPECTATIVA POSITIVA DO RESULTADO, CONFIANÇA NA HABILIDADE APÓS TREINAMENTO.

Para os demais fatores, os participantes se manifestaram de maneira indefinida, nem concordando nem discordando.

5.2 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades dos profissionais da APS após treinamento para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas

Na Tabela 3 pode-se observar os valores das médias e erros padrões calculados para os percentuais de discordância para as 12 afirmativas obtidas a partir da análise de conteúdo das 58 questões do QE1 dos profissionais da APS dos municípios da Lapa, Curitiba (Cajuru) e São José dos Pinhais. Esses valores representam as crenças, atitudes e habilidades desses profissionais avaliadas antes e depois do treinamento.

A comparação entre os valores apresentados antes e depois do treinamento mostrou piora de algumas crenças e atitudes dos profissionais relacionadas com o lidar com usuários de risco de drogas. Os profissionais do Cajuru apresentaram piora significativa pela redução do grau de discordância para as afirmativas “Eu não acredito na eficácia do tratamento”, “Eu acho desconfortável lidar com o problema de uso de drogas” e “ Não há tempo suficiente para lidar com os usuários de risco”. Para a afirmativa “Eu acho que não é papel do profissional da APS lidar com usuários de risco” a piora não foi estatisticamente significativa ($p=0,06$). Os profissionais de São José dos Pinhais apresentaram piora significativa pela redução no grau de discordância para a afirmativa “Não há tempo suficiente para lidar com os usuários de risco” e pela redução no grau de concordância para a afirmativa “ Eu acho importante detectar usuários de risco”. Por outro lado, o treinamento promoveu melhora na confiança nas habilidades dos profissionais de São José dos Pinhais.

De uma maneira geral, pode-se observar que, independente do efeito do treinamento, as crenças, atitudes e habilidades dos profissionais foram positivas em relação aos usuários de substâncias.

Na Tabela 4 estão apresentados os valores das médias e erros padrões para os graus conferidos para as questões representativas dos 18 fatores obtidos pela análise fatorial das 58 questões do QE1 para os profissionais dos 3 municípios antes e depois do treinamento. A comparação entre essas médias obtidas antes e depois do treinamento mostrou que, entre os profissionais do Cajuru, houve piora significativa nas “CRENÇAS ALTAMENTE NEGATIVAS“, “É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS”, “CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO” e “FALTA DE TEMPO E MOTIVAÇÃO PARA DETECTAR E

INTERVIR” e não significativa ($p=0,07$) para “NÃO É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS”, enquanto houve melhora não significativa ($p=0,07$) na “FALTA DE PREPARO DO PROFISSIONAL”.

Entre os profissionais de São José dos Pinhais, houve piora significativa “CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO” e “FALTA DE TEMPO E MOTIVAÇÃO PARA DETECTAR E INTERVIR” e não significativa ($p=0,09$) para “EXPECTATIVA POSITIVA DO RESULTADO” e apresentaram melhora significativa para “FALTA DE HABILIDADE PARA DETECTAR E INTERVIR” e “CRENÇA NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO”.

Entre os profissionais da Lapa, somente uma piora não significativa ($p=0,07$) foi observada na “EXPECTATIVA POSITIVA DO RESULTADO”.

Uma análise geral dos graus conferidos para as questões representativas dos 18 fatores mostra que houve grande concordância para os fatores “É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS”, “CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO”, “EXPECTATIVA POSITIVA DO RESULTADO” e “CONFIANÇA NA HABILIDADE APÓS TREINAMENTO”. Por outro lado, os profissionais discordaram dos fatores “CRENÇAS ALTAMENTE NEGATIVAS”, “REAÇÃO NEGATIVA DO PACIENTE”, “CRENÇA NO MALEFÍCIO DA INTERVENÇÃO”, “CRENÇA NA INEFICÁCIA DA INTERVENÇÃO”, “NÃO É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS”, “PAPEL NEGATIVO DA INTERVENÇÃO”, “PROBLEMA SEM IMPORTÂNCIA PARA SAÚDE”, “FALTA DE PREPARO DO PROFISSIONAL”, “EXPECTATIVA NEGATIVA DO RESULTADO” e “ENCAMINHAR USUÁRIO DE RISCO”. Para os demais fatores, os profissionais nem concordaram nem discordaram.

TABELA 1 – CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DE PROFISSIONAIS E ALUNOS DA ÁREA DA SAÚDE ANTES DE RECEBEREM UM TREINAMENTO PARA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE RISCO DE DROGAS, AVALIADAS ATRAVÉS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES DO QE1.

AFIRMATIVAS	LAPA N=12	CAJURU N=33	SJP N=40	Ctba-9UBS N=34	SOCtba N=23	ALUNOS N=20	F (gl)	P
CRENÇAS								
Eu acredito na eficácia do tratamento	49 ± 4,2	49 ± 2,5	52 ± 1,9	58 ± 2,6	49 ± 3,9	50 ± 2,0	2,154 (5, 141)	0,06
Eu não acredito na eficácia do tratamento	79 ± 2,2 c	79 ± 2,1 a	77 ± 1,4 b	78 ± 1,3 d	81 ± 1,8	85 ± 1,8 abcd	2,93 (5, 129)	0,02
Tenho medo das reações negativas do paciente	68 ± 1,8	69 ± 2,3	64 ± 1,5	67 ± 1,7	71 ± 2,5	69 ± 1,9	1,746 (5, 135)	0,13
O sistema de saúde apresenta barreiras para implementação deste tipo de ação	62 ± 3,8 b	68 ± 2,6	60 ± 1,8 a	68 ± 1,6	73 ± 3,7 abc	62 ± 1,7 c	4,094 (5, 128)	0,001
ATITUDES								
Eu acho importante detectar usuários de risco	33 ± 2,8	30 ± 1,6	32 ± 1,4	36 ± 1,6	30 ± 1,8	32 ± 2,2	1,837 (5, 145)	0,11
Eu acho desconfortável lidar com o problema de uso de drogas	71 ± 5,0 b	82 ± 2,4 ab	70 ± 2,4 a	77 ± 2,6	76 ± 2,9	77 ± 2,5	2,662 (5, 139)	0,02
Não há tempo suficiente para lidar com os usuários de risco	76 ± 4,2	71 ± 4,1	71 ± 2,5	65 ± 2,4	75 ± 2,8	73 ± 3,4	1,449 (5, 143)	0,21
Eu acho que existem problemas mais importantes para lidar	79 ± 2,6	80 ± 2,7	77 ± 2,4	76 ± 1,8	79 ± 2,8	81 ± 3,1	0,502 (5, 143)	0,77
Eu acho que é papel do profissional lidar com usuários de risco	57 ± 3,0 d	54 ± 1,9	56 ± 2,0 c	56 ± 2,0 b	53 ± 2,3 a	46 ± 1,6 abcd	2,891 (5, 144)	0,02
Eu acho que não é papel do profissional lidar com usuários de risco	82 ± 2,1	82 ± 1,8	77 ± 1,7 a	82 ± 1,6	81 ± 2,0	85 ± 2,0 a	2,650 (5, 139)	0,03
HABILIDADES								
Eu acredito que tenho conhecimentos para lidar com usuários de risco	48 ± 3,2 a	55 ± 3,1	58 ± 1,9	55 ± 2,3	51 ± 2,6	61 ± 2,3 a	2,433 (5, 140)	0,04
Eu acho que não tenho habilidades para lidar com usuários de risco	67 ± 2,7 b	67 ± 3,3 a	60 ± 2,3	63 ± 2,4	69 ± 2,3 c	57 ± 2,6 abc	2,478 (5, 141)	0,04

NOTA: Comparação entre os profissionais e alunos para as 12 afirmativas obtidas a partir da análise de conteúdo das 58 questões do QE1 através da somatória das pontuações conferidas para cada uma das questões. Dados estão expressos como média e erro padrão da porcentagem de discordância para cada afirmativa, separados por grupo de profissionais e alunos participantes (Quanto maior o valor percentual, maior o grau de discordância com a afirmativa). As colunas à direita representam os valores da ANOVA de uma via e os valores de p correspondentes obtidos para a comparação entre os profissionais e alunos. As letras a, b, c e d representam diferenças significantes entre os grupos de participantes indicados com a mesma letra (Teste de Duncan, $p < 0,05$)

TABELA 2 – CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS DA ÁREA DA SAÚDE ANTES DE RECEBEREM UM TREINAMENTO PARA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE RISCO DE DROGAS, AVALIADAS ATRAVÉS DOS 18 FATORES EXTRAÍDOS DA ANÁLISE FATORIAL DAS QUESTÕES DO QE1. (continua)

FATORES	MÉDIA ± EP DOS ESCORES PARA CADA PERGUNTA REPRESENTATIVA DO FATOR					F (g)
	LAPA N=12	CAJURU N=33	SJP N=40	Ctba-9UBS N=34	SOCtba N=23	ALUNOS N=20
Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”. CRENÇAS ALTAMENTE NEGATIVAS	4,6±0,2	4,5±0,2	4,3±0,2	4,5±0,1	4,7±0,1	4,7±0,2
(+) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	3,3±0,2 be	2,9±0,2 a	2,5±0,2 e	3,0±0,2 c	3,1±0,3 d	2,2±0,2 abcd
(-) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool ou outras drogas e seus efeitos.	2,4±0,2	3,1±0,2	2,9±0,1	2,9±0,2	2,9±0,2	3,4±0,2
FALTA DE HABILIDADE PARA DETECTAR E INTERVIR						
Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	2,4±0,3	2,8±0,2 a	2,8±0,2 b	2,8±0,2 c	2,1±0,2	2,0±0,2 abc
CRENÇA NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO						
Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	4,3±0,1	4,2±0,1	4,1±0,1	4,4±0,1	4,4±0,1	4,2±0,2
REAÇÃO NEGATIVA DO PACIENTE						
(+) É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas.	3,3±0,3	3,3±0,2	3,0±0,2	2,8±0,2	3,3±0,2	2,8±0,2
(-) Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	3,2±0,2	3,2±0,2	3,0±0,2	3,3±0,2	3,3±0,2	3,1±0,2
CRENÇA NO MALEFÍCIO DA INTERVENÇÃO						
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco.	3,2±0,3	3,4±0,2	3,6±0,2	3,3±0,2	3,4±0,2	4,0±0,2
CRENÇA NA INEFICÁCIA DA INTERVENÇÃO						
Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional de APS falar ao paciente sobre seu padrão de uso.	4,2±0,3	4,4±0,1	4,2±0,2	4,5±0,1	4,4±0,2	4,7±0,1
NÃO É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS						

TABELA 2 – CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS DA ÁREA DA SAÚDE ANTES DE RECEBEREM UM TREINAMENTO PARA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE RISCO DE DROGAS, AVALIADAS ATRAVÉS DOS 18 FATORES EXTRAÍDOS DA ANÁLISE FATORIAL DAS QUESTÕES DO QE1. (continuação)

FATORES	LAPA		CAJURU		SJP		Ctba-9UBS		SOCtba		ALUNOS		F (gl) [p]
	N=12	N=33	N=33	N=40	N=34	N=23	N=20	N=20	N=20	N=20	N=20	N=20	
Encaminhar pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas pelo uso de substâncias resultará em não receber mais um <i>feedback</i> sobre o paciente. PAPEL NEGATIVO DA INTERVENÇÃO	3,9±0,1	3,7±0,2	3,6±0,2	3,7±0,1	3,6±0,2	3,9±0,2	4,0±0,2	4,1±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	0,874 (5, 146) [0,50]
Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais eu tenho que lidar na minha prática. PROBLEMA SEM IMPORTANCIA PARA SAÚDE	4,0±0,2	3,8±0,2	3,7±0,1	3,7±0,1	3,7±0,1	4,0±0,2	4,1±0,2	4,1±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,1±0,2	4,1±0,2	1,271 (5, 147) [0,28]
Os profissionais da APS são responsáveis por perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso de álcool ou outras drogas se suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso, mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento. É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS	1,7±0,2	1,7±0,1	1,9±0,1	1,7±0,1	1,7±0,1	1,7±0,1	1,6±0,1	1,6±0,1	1,7±0,1	1,7±0,1	1,6±0,1	1,6±0,1	0,608 (5, 148) [0,69]
A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção FALHA INSTITUCIONAL	2,7±0,4	3,0±0,2	2,1±0,2	2,1±0,2	3,4±0,2	3,5±0,3	2,5±0,2	2,5±0,2	3,5±0,3	3,5±0,3	2,5±0,2	2,5±0,2	7,003 (5, 140) [0,0001]
A detecção precoce do uso inadequado do álcool ou outras drogas pode melhorar a chance do sucesso do tratamento. CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO	1,4±0,2	1,3±0,1	1,4±0,1	1,4±0,1	1,6±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,3±0,1	1,069 (5, 148) [0,38]
Os profissionais da APS não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool ou outras drogas. FALTA DE PREPARO DO PROFISSIONAL	3,6±0,2	3,8±0,2	3,7±0,1	3,7±0,1	3,2±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	3,8±0,2	1,973 (5, 148) [0,09]
Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas os levará a um aumento de uso. EXPECTATIVA NEGATIVA DO RESULTADO	3,7±0,1	4,2±0,1	3,9±0,1	3,9±0,1	4,0±0,1	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,2	3,9±0,2	0,795 (5, 152) [0,56]
Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber ou usar outras drogas fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso EXPECTATIVA POSITIVA DO RESULTADO	1,7±0,3	1,6±0,1	1,8±0,1	1,8±0,1	2,1±0,2	1,5±0,1	1,7±0,2	1,7±0,2	1,5±0,1	1,5±0,1	1,7±0,2	1,7±0,2	1,814 (5, 150) [0,11]
Tendo recebido informação e treinamento adequados, os profissionais da APS poderão ajudar os pacientes a reduzir seu consumo de álcool ou outras drogas. CONFIANÇA NA HABILIDADE APÓS TREINAMENTO	1,7±0,2	1,7±0,1	1,9±0,1	1,9±0,1	1,8±0,1	1,8±0,1	1,4±0,1	1,4±0,1	1,8±0,1	1,8±0,1	1,4±0,1	1,4±0,1	1,237 (5, 151) [0,29]

TABELA 2 – CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS E ALUNOS DA ÁREA DA SAÚDE ANTES DE RECEBEREM UM TREINAMENTO PARA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE RISCO DE DROGAS, AVALIADAS ATRAVÉS DOS 18 FATORES EXTRAÍDOS DA ANÁLISE FATORIAL DAS QUESTÕES DO QE1. (conclusão)

FATORES	LAPA N=12		CAJU RU N=33		SJP N=40		Ctba- 9UBS N=34		SOCtba N=23		ALUNO S N=20		F (gl) [p]	
Aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas a procurar assistência num serviço externo é o melhor que eu posso fazer por eles.		3,4±0,3	3,5±0,2	3,3±0,2	3,7±0,2	2,8±0,2	3,4±0,3	2,8±0,2	2,8±0,2	2,8±0,2	3,4±0,3	1,932	(5, 149)	[0,09]
ENCAMINHAR USUÁRIO DE RISCO														
(+) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de substâncias		3,8±0,3	3,4±0,2	3,5±0,2	3,4±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	4,0±0,2	1,985	(5, 150)	[0,08]
(-) Em geral, é gratificante trabalhar com usuários de risco.														
FALTA DE TEMPO E MOTIVAÇÃO PARA DETECTAR E INTERVIR		2,5±0,3	3,0±0,2	3,1±0,1	2,8±0,2	2,8±0,2	2,9±0,2	2,8±0,2	2,8±0,2	2,8±0,2	2,9±0,2	1,001	(5, 145)	[0,42]

NOTA: Os fatores estão apresentados na sequência determinada pela variância observada na análise fatorial. Cada fator está representado por uma (apenas correlação positiva com o fator foi detectada) ou duas questões (correlações positivas e negativas foram detectadas) do QE1 de acordo com o peso apresentado no fator. A interpretação de cada fator está escrita em letra maiúscula. Os dados estão expressos como média e erro padrão dos escores conferidos pelos participantes para as questões representativas dos fatores. (Quanto maior o valor da média, maior o grau de discordância com a afirmativa). As colunas à direita representam os valores da ANOVA de uma via e os valores de p correspondentes obtidos para a comparação entre os profissionais e alunos. As letras a, b, c, d, e, f e g representam diferenças significativas entre os grupos de participantes indicados com a mesma letra (Teste de Duncan, $p < 0,05$)

TABELA 3 - COMPARAÇÃO DAS CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS ANTES E APÓS O TREINAMENTO USANDO AS 12 AFIRMATIVAS.

GRAU DE DISCORDÂNCIA (% da soma total das pontuações)										
AFIRMATIVAS	LAPA (n=5)			CAJURU (n=17)			SJP (n=23)			
	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p	Antes	Depois	p	
CRENÇAS										
Acredito na eficácia do tratamento	49±4,2	49±4,3	0,59	49±2,5	52±3,7	0,73	52±1,9	51±2,1	0,32	
Não acredito na eficácia do tratamento	79±2,2	85±3,1	1,00	79±2,1	76±2,1	0,05	77±1,4	78±1,4	0,55	
Tenho medo das reações negativas do paciente	68±1,8	66±1,3	0,34	69±2,3	68±2,6	0,1	64±1,5	63±2,5	0,60	
O sistema de saúde apresenta barreiras para implementação deste tipo de ação	62±3,8	62±3,8	1,00	68±2,6	70±2,5	0,86	60±1,8	62±1,6	0,94	
ATITUDES										
Acho importante detectar usuários de risco	33±2,8	33±3,0	1,00	30±1,6	33±2,6	0,50	32±1,4	38±1,8	0,005	
Acho desconfortável lidar com o problema de drogas	71±5,0	75±4,9	0,46	82±2,4	69±3,7	0,002	70±2,4	69±3,1	0,46	
Tempo insuficiente para lidar com os usuários de risco	76±4,2	64±4,7	0,23	71±4,1	66±4,1	0,02	71±2,5	63±3,0	0,02	
Acho que existem problemas mais importantes para lidar	79±2,6	70±7,0	0,20	80±2,7	75±2,8	0,13	77±2,4	77±2,1	0,62	
Acho que é papel do profissional lidar com usuários de risco	57±3,0	52±3,3	1,00	54±1,9	57±2,1	0,57	56±2,0	56±1,5	0,57	
Acho que não é papel do profissional lidar com usuários de risco	82±2,1	84±4,5	0,89	82±1,8	77±3,1	0,06	77±1,7	75±2,6	0,21	
HABILIDADES										
Acredito que tenho conhecimentos para lidar com usuários de risco	48±3,2	49±3,7	0,18	55±3,1	51±4,3	0,17	58±1,9	53±2,0	0,04	
Acho que não tenho habilidades para lidar com usuários de risco	67±2,7	68±3,5	0,59	67±3,3	69±3,1	0,76	60±2,3	68±1,6	0,001	

NOTA: Dados estão expressos como média e erro padrão da porcentagem de discordância para cada afirmativa, separados por grupo de profissionais e por ocasião da avaliação (antes e depois do treinamento). As 12 afirmativas foram obtidas a partir da análise de conteúdo das 58 questões do QE1 e seus valores foram calculados através da somatória dos graus conferidos para cada uma das questões. Quanto maior o valor percentual, maior o grau de discordância com a afirmativa. p - comparação entre as ocasiões usando o teste de Wilcoxon.

TABELA 4 - COMPARAÇÃO DAS CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS ANTES E APÓS O TREINAMENTO USANDO OS 18 FATORES. (continua)

FATORES	MÉDIA ± EP DOS ESCORES PARA CADA PERGUNTA REPRESENTATIVA DO FATOR					
	LAPA N=5			CAJURU N=17		
	Antes	Depois	P	Antes	Depois	P
Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”. CRENÇAS ALTAMENTE NEGATIVAS	4,6±0,2	4,4±0,2	-	4,5±0,2	4,2±0,2	0,04
(+) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	3,3±0,2	3,2±0,4	-	2,9±0,2	3,2±0,2	1
(-) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool ou outras drogas e seus efeitos.	2,4±0,2	2,2±0,2	-	3,1±0,2	2,7±0,2	0,19
FALTA DE HABILIDADE PARA DETECTAR E INTERVIR						
Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	2,4±0,3	2,3±0,4	0,58	2,8±0,2	2,9±0,2	0,37
CRENÇA NO BENEFÍCIO DA INTERVENÇÃO						
Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	4,3±0,1	4,3±0,2	-	4,2±0,1	4,0±0,1	0,29
REAÇÃO NEGATIVA DO PACIENTE						
(+) É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas.	3,3±0,3	3,4±0,3	0,11	3,3±0,2	3,3±0,2	0,93
(-) Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	3,2±0,2	2,9±0,3	0,42	3,2±0,2	3,2±0,2	0,87
CRENÇA NO MALEFÍCIO DA INTERVENÇÃO						
Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco.	3,2±0,3	4,0±0,3	0,11	3,4±0,2	3,4±0,2	0,61
CRENÇA NA INEFICÁCIA DA INTERVENÇÃO						

TABELA 4 - COMPARAÇÃO DAS CRENÇAS, ATITUDES E HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS ANTES E APÓS O TREINAMENTO USANDO OS 18 FATORES. (continuação)

MÉDIA ± EP DOS ESCORES PARA CADA PERGUNTA REPRESENTATIVA DO FATOR								
FATORES	LAPA N=5			CAJURU N=17			SJP N=23	
	Antes	Depois	P	Antes	Depois	P	Antes	Depois
Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional de APS falar ao paciente sobre seu padrão de uso.	4,2±0,3	4,5±0,2	-	4,4±0,1	3,8±0,2	0,07	4,2±0,2	4,2±0,2
NÃO É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS								
Encaminhar pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas pelo uso de substâncias resultará em não receber mais um <i>feedback</i> sobre o paciente.	3,9±0,1	3,9±0,2	-	3,7±0,2	3,8±0,2	0,59	3,6±0,2	3,3±0,2
PAPEL NEGATIVO DA INTERVENÇÃO								
Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais eu tenho que lidar na minha prática.	4,0±0,2	3,3±0,3	0,59	3,8±0,2	3,5±0,2	0,11	3,7±0,1	3,9±0,1
PROBLEMA SEM IMPORTANCIA PARA SAÚDE								
Os profissionais da APS são responsáveis por perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso de álcool ou outras drogas se suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso, mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento.	1,7±0,2	2,0±0,2	-	1,7±0,1	2,0±0,2	0,05	1,9±0,1	2,1±0,2
É PAPEL DO PROFISSIONAL DA APS								
A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção	2,7±0,4	2,2±0,3	-	3,0±0,2	3,0±0,2	0,84	2,1±0,2	2,2±0,1
FALHA INSTITUCIONAL								
A detecção precoce do uso inadequado do álcool ou outras drogas pode melhorar a chance do sucesso do tratamento.	1,4±0,2	1,2±0,1	-	1,3±0,1	1,6±0,1	0,03	1,4±0,1	1,8±0,1
CRENÇA POSITIVA NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO								

5.3 Avaliação pelos profissionais do treinamento para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas

A avaliação geral do treinamento pelos 45 profissionais da atenção primária à Saúde foi positiva. Aproximadamente 87% acharam ótima ou boa a avaliação, 84% consideraram a forma de apresentação das aulas boa ou ótima, 82% acharam o conteúdo do curso muito bom ou ótimo sendo que 1 profissional não respondeu. 64% consideraram a aplicabilidade do treinamento na prática rotineira de seus serviços boa ou excelente, 51% dos profissionais opinaram que a carga horária foi insuficiente e 56% consideraram o treinamento prático e a supervisão na aplicação do ASSIST adequados, porém não tiveram segurança para aplicar o questionário, e 3 profissionais não responderam. 29% dos profissionais opinaram no espaço aberto reservado a críticas, sugestões e comentários sobre o treinamento. Dos profissionais que manifestaram sua opinião, a maioria (54%) relatou falta de treinamento prático e 69% sugeriram mais carga horária e desses, 67% sugeriram pelo menos 30 horas de treinamento.

TABELA 5 - AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

ITEM AVALIADO	LAPA (n=9)	CAJURU (n=11)	SJP (n=25)	TOTAL (n=45)
Avaliação Geral do Treinamento				
Péssimo + Ruim			2	2
Razoável	1	1	2	4
Bom + Ótimo	8	10	21	39
Sem resposta				
Forma de Apresentação das Aulas				
Péssimo + Ruim				
Razoável	2	1	4	7
Bom + Ótimo	7	10	21	38
Sem resposta				
Conteúdo do curso				
Inadequado		2	1	3
Pouco adequado			4	4
Muito bom + ótimo	9	9	19	37
Sem resposta			1	1
Aplicabilidade				
Nenhuma				
Pouca + Parcial	3	3	10	16
Boa + Excelente	6	8	15	29
Sem resposta				
Carga Horária				
Insuficiente	5	8	10	23
Adequada	4	3	15	22
Excessiva				
Sem resposta				
Treinamento Prático				
Insuficiente		1	4	5
Adequado, mas sem confiança	3	7	15	25
Adequado com confiança	3	3	6	12
Suficiente				
Sem resposta	3			3

NOTA: Frequência de respostas expressa em número de profissionais que responderam um questionário com 6 perguntas relacionadas ao curso de treinamento sobre detecção precoce e IB para usuários de risco de substâncias. O questionário foi aplicado 6 meses após o treinamento, durante um período em que estavam desenvolvendo o projeto.

5.4 Avaliação realizada por técnica de grupo focal com os profissionais treinados para detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas

Dezenove unidades básicas de saúde dos 3 municípios envolvidos no estudo participaram da reunião de grupo focal. Em relação a primeira pergunta, “Quais os obstáculos encontrados para a aplicação do projeto?”, as respostas foram agrupadas em 6 subtipos (Tabela 6): relacionadas ao paciente, cuja resposta mais freqüente (21% do total) foi: “os pacientes não falam a verdade”; relacionadas a estrutura, sendo a resposta mais freqüente (53% do total) a “falta de estrutura física”; relacionadas ao projeto propriamente dito, sendo as respostas “pacientes não preenchem critérios de inclusão”, “excesso de papéis para preenchimento” e “represália do tráfico” citadas por 11% dos profissionais para cada uma delas, relacionada ao profissional, a resposta “falta de tempo” foi a mais freqüente (68% do total), relacionada ao treinamento, a resposta mais freqüente (36,8% do total) foi “faltou supervisão no local” e relacionado ao manual, a resposta “usaram o manual” foi a mais freqüente (26,3% do total).

Quanto à segunda pergunta, “O que o projeto modificou sua unidade?”, as respostas mais freqüentes foram “mudou um pouco” (interesse dos colegas, colegas querem fazer o treinamento) (42% do total) e “nada mudou” (36,8%). (Tabela 7)

Em relação à terceira pergunta, “Quais os pontos positivos e negativos do projeto?”, as respostas foram classificadas e agrupadas quanto aos pontos positivos em 3 tipos de respostas e quanto aos negativos, em 4 tipos de respostas (Tabela 8). Em relação aos pontos positivos, a resposta mais freqüente (42%) estava relacionada ao paciente (paciente gostou de falar ou refletiu sobre o assunto). A segunda resposta mais freqüente (26,3%) estava relacionada ao profissional ter adquirido conhecimento e confiança para perguntar sobre o uso de drogas. Nota-se também que a terceira resposta mais freqüente (21%) estava relacionada à importância de se promover a conversa sobre o assunto das drogas. Se considerarmos conjuntamente as 3 principais respostas emitidas no tópico relacionado ao sistema de saúde nota-se que um grande percentual de profissionais (47,4%) achou relevante o estudo e o procedimento de detecção e IB para ser implementado no sistema de saúde.

Quanto aos pontos negativos apontados pelos profissionais, nota-se que a resposta mais freqüente foi “a dificuldade no seguimento dos pacientes” (31,6%) o que sugere uma barreira institucional.

TABELA 6 – AVALIAÇÃO DO PROJETO POR TÉCNICA DE GRUPO FOCAL – 1ª PERGUNTA (N = UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA)

Quais os obstáculos encontrados para a aplicação do projeto?	Lapa (n=7)	Cajuru (n=8)	SJP (n=4)	Total (n=19)
Relacionados ao paciente				
Pacientes não falam a verdade	1	2	1	4
Falta de interesse do paciente			1	1
Paciente se intimida ao falar sobre o ASSIST		1		1
Relacionados à estrutura				
Falta de profissionais	2	2	1	5
Rotatividade de profissionais	1	3		4
Falta de estrutura física	3	5	2	10
Falta de investimento/planejamento na área		2	1	3
Mudança de endereço da unidade	2	2		4
Relacionados ao projeto propriamente dito				
Pacientes fora dos critérios de inclusão	1		1	2
Excesso de papéis para preenchimento			2	2
Represália do tráfico			2	2
Relacionados ao profissional				
Falta de tempo	3	6	4	13
Intervenção breve demanda muito tempo		1		1
Insegurança na aplicação do questionário	1	2	1	4
Doença pessoal	1			1
Relacionados ao treinamento				
Trabalhar mais a abordagem dos pacientes		1		1
Faltou supervisão no local		6	1	7
Relacionados ao manual				
Usou manual		3	2	5
Viu manual por curiosidade		2	1	3
Não usou manual		1	1	2
Manual estava complicado			1	1

TABELA 7 – AVALIAÇÃO DO PROJETO POR TÉCNICA DE GRUPO FOCAL – 2ª PERGUNTA (N = UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA)

O que o projeto modificou sua unidade?	Lapa (n=7)	Cajuru (n=8)	SJP (n=4)	Total (n=19)
Quem fez o treinamento tornou-se uma referência na unidade		2	1	3
Mudou um pouco (interesse dos colegas, colegas querem fazer o treinamento)	3	3	2	8
Não tiveram problema com a equipe, mas não demonstraram interesse	3	1		4
Houve ciúmes por parte de outros profissionais		1		1
Nada mudou	3	2	2	7

TABELA 8 – AVALIAÇÃO DO PROJETO POR TÉCNICA DE GRUPO FOCAL – 3ª PERGUNTA (N = UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA)

Quais os pontos positivos e negativos do projeto?	Lapa (n=7)	Cajuru (n=8)	SJP (n=4)	Total (n=19)
Positivos				
Para o paciente				
Bom para pacientes pontuados na faixa de risco	1	1		2
Paciente gostou de falar/refletiu sobre o assunto	2	2	4	8
População sabe que algo na área de drogas está sendo desenvolvido			1	1
Para o profissional				
Conhecimento e confiança para perguntar sobre drogas		5		5
Para o sistema de saúde				
Detectar problemas precocemente		2		2
Promoção da conversa sobre o assunto	2		2	4
Projeto deve fazer parte da rotina	2	1		3
Negativos				
Não teve	2			2
Para o paciente				
Paciente fica intimidado		1		1
Paciente fala sobre assuntos fora do tema		1		1
Paciente pensou que tinha algo a ver com eleição			1	1
Para o profissional				
Dificuldade no seguimento dos pacientes	2	1	3	6
Falta de aprofundamento na entrevista		1		1
Dificuldade em encaixar o paciente durante as consultas			1	1
Inexperiência em lidar com usuários de drogas		1		1
Para o sistema de saúde				
Represália de traficantes			1	1

5.5 Avaliação realizada por entrevista estruturada com os gestores de saúde dos 3 municípios participantes do projeto de detecção precoce e intervenção breve para usuários de risco de drogas

Os gestores de 22 unidades de saúde dos municípios de São José dos Pinhais e de Curitiba (Cajuru) e a Secretária de Saúde da Lapa responderam as onze perguntas dispostas nas tabelas 9 a 19, a seguir, com os respectivos resultados.

Na Tabela 9, as respostas da maioria dos gestores para a pergunta “Qual a missão da sua Instituição” foi “proporcionar qualidade e acesso ao atendimento e satisfação aos clientes” (45,5%) e “incentivar a prevenção de doenças e a promoção de saúde” (41%). As principais razões para participar do estudo (Tabela 10) foram “determinação dos superiores” (27,3%), “proporcionar aos pacientes a prevenção e promoção de saúde” (22,7%), “promover o aperfeiçoamento dos profissionais” (18,2%) e “porque o problema de drogas é importante na região” (18,2%).

Quanto ao que a instituição esperava alcançar participando do estudo (Tabela 11), os gestores citaram com a mesma frequência “prevenir doenças e promover saúde”(27,3%); “fornecer capacitação aos profissionais na área de drogas” (27,3%) e “diminuir o número de usuários de drogas na comunidade” (27,3%).

As principais citações relacionadas ao benefício do conhecimento adquirido (Tabela 12) foram “promover a saúde mental e prevenção de drogas”(27,3%) e “capacitar profissionais para atuar na área de drogas” (27,3%)

A contribuição principal da instituição para o estudo (Tabela 13) citado pelos gestores foi “incentivar a participação dos profissionais”(90,9%). É importante ressaltar a citação de “apoio ao desenvolvimento do projeto” feita pela Secretaria de Saúde do município da Lapa por ter sido a única autoridade entrevistada e que também foi feita por duas autoridades do Cajuru, mas que pode estar referendando a principal resposta a esta pergunta feita pelos outros gestores.

Na Tabela 14, a citação mais comum dos gestores na pergunta “Como sua instituição avaliou se os objetivos do projeto foram alcançados” foi “Os objetivos não foram alcançados, pois não conseguiram desenvolver o projeto”(22,7%) e “ainda não avaliaram”(18,2%).

Em relação a informação que se esperava a respeito do projeto (Tabela 15), foi mais comumente respondido que não se esperava mais documentação sobre o mesmo(36,4%).

As principais citações dos gestores sobre os principais obstáculos encontrados para a implementação do projeto (Tabela 16) foram: “falta de tempo”(59,1%), “falta de profissionais”(36,4%) e “falta de estrutura física”(27,3%).

Na Tabela 17, as respostas mais comuns dos gestores para a pergunta “O que dá a você a confiança de que esses obstáculos serão ultrapassados” foram: “capacitação constante e de mais profissionais” (22,7%), “administrar melhor o tempo para a aplicação do ASSIST”(18,2%).

A maioria dos gestores acredita que o projeto pode fazer parte da rotina (77,3%) (Tabela 18) e as dificuldades mais comuns relatadas para implementá-lo (Tabela 19) foram: “falta de profissionais” (36,4%), “falta de treinamento de mais profissionais” (31,8%) e “falta de estrutura física”(18,2%).

TABELA 9 – MISSÃO DA INSTITUIÇÃO NA ÓTICA DOS GESTORES DE SAÚDE DOS 3 MUNICÍPIOS.

1 - Qual a missão da sua instituição?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionada com a saúde da população				
Incentivar a prevenção de doenças e promoção da saúde	1	4	4	9
Melhorar a qualidade de vida da população			2	2
Atender todas as pessoas pelo SUS no formato determinado pela secretaria municipal de saúde		1		1
Relacionada com o atendimento público de qualidade				
Acolher os pacientes com humanização		1	2	3
Proporcionar qualidade e acesso ao atendimento e satisfação aos clientes		7	3	10
Construir a cidade dos sonhos para os seus cidadãos		1		1
Relacionada com a atividade administrativa				
Suprir as necessidades da unidade			1	1

TABELA 10 – RAZÕES PARA PARTICIPAR DO PROJETO

2 - Quais as razões para a participação deste projeto?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao paciente				
Prevenção e promoção de saúde		1	1	2
Auxiliar a família e o usuário no processo de auto-ajuda		4	1	5
Identificar na comunidade os usuários que necessitam de ajuda		1		1
Relacionado ao profissional				
Aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais		1	3	4
Relacionado a estrutura				
Através de convocação dos superiores		1	5	6
Problema com álcool e drogas é comum na área		4		4
É importante uma parceria/colaboração com uma universidade grande		1	1	2
Conhecer a realidade quanto aos problemas relacionados as drogas	1			1
Proporcionar qualidade de vida para a comunidade			1	1
Relacionado ao projeto				
Contribuir para a eficácia da implementação do projeto		2		2

TABELA 11 – GANHOS PARA A INSTITUIÇÃO POR PARTICIPAR DO PROJETO

3 - O que sua instituição esperava alcançar com este projeto?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao paciente				
Não sabe		1	2	3
Prevenção de doenças e promoção de saúde	1			
Detectar problemas relacionados a álcool e drogas e ter seguimento do tratamento.		4	1	6
Relacionado ao profissional				
Esperava-se que fosse capacitação e não projeto de pesquisa			2	2
Conhecimento na área de drogas		4	1	1
Relacionado a estrutura				
Diminuir o número de casos de usuários de drogas na comunidade		3	3	6
Aproximação com a universidade		1		1
Sensibilizar profissionais sobre a importância do projeto		2	2	2
Ter um instrumento aplicável na US para a área de drogas		1		1

TABELA 12 – BENEFÍCIOS DO CONHECIMENTO ADQUIRIDO POR PARTICIPAR DO PROJETO

4 - Como o conhecimento adquirido pode beneficiar a sua instituição?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao paciente				
Não sabe		1	2	3
Promovendo a saúde mental e a prevenção de drogas		6		6
Deteção e aconselhamento de usuários de drogas			1	1
Evitar progressão de uma droga para outra	1			1
Relacionado ao profissional				
Aperfeiçoamento do conhecimento do profissional		3	3	6
Relacionado a estrutura				
Para melhorar o atendimento ao público		1	2	3
Profissionais podem prestar assistência mais adequada para os usuários de drogas e seus familiares		1	1	2
Relacionado ao projeto				
Diminuir encaminhamentos para serviço especializado de usuários de drogas			1	1
Saber encaminhar pacientes usuários de drogas para serviço especializado			1	1

TABELA 13 – CONTRIBUIÇÕES DA INSTITUIÇÃO PARA O PROJETO

5 - Quais as contribuições que a sua organização deu para este projeto (financeiro ou serviço)?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao profissional	Nenhuma		1	1
	Não sabe	1		1
Relacionado a estrutura	Participação dos profissionais	11	9	20
Espaço na Unidade de Saúde para a realização do projeto		2		2
Vínculo com universidade		1		1
Relacionado com o projeto	Apoio ao desenvolvimento do projeto	2		3

TABELA 14 – AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO SOBRE OS OBJETIVOS DO PROJETO

6 - Como a sua organização avaliou se os objetivos do projeto foram alcançados?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao paciente	Não sabe	1	2	3
	Ainda não avaliaram	1	3	4
Foram parcialmente alcançados, pois não foi possível atender o número necessário de pacientes		1	1	1
Pela resolução dos casos	1	1		2
Pela satisfação da população			1	1
Parcialmente alcançado, pois tiveram dificuldade em ter pacientes que se encaixassem no projeto		1		1
Relacionado ao profissional				
Os objetivos não foram alcançados, pois não conseguiram desenvolver o projeto		3	2	5
Profissionais participantes estão mais sensibilizados em relação ao uso de drogas (bem como colegas próximos)		1		1
Relacionado ao projeto				
Pelo aumento da detecção dos usuários de drogas		1		1
Pelo número de questionários preenchidos		1	1	2

TABELA 15 – DOCUMENTAÇÃO ESPERADA COMO RESULTANTE DO PROJETO

7 - Qual informação ou documentação que sua organização esperava deste projeto?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Não se esperava mais informação/documentação sobre o projeto		1	2	3
Relatório com a avaliação dos resultados		2	6	8
Fórum de discussão com os profissionais de todas as cidades	1	2		3
Documento propondo soluções para o problema da drogadição		1		1
Fornecer mais detalhes sobre o projeto para coordenadores e equipe da saúde mental		2	1	3
Material educativo para a população e profissionais da saúde		3	1	4

TABELA 16 – OBSTÁCULOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

8 - Quais foram os principais obstáculos encontrados para a implementação do projeto?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionados ao paciente				
Não sabe		1	2	3
Não houve	1			1
Relacionados ao profissional				
Informações fornecidas pelo usuário não são confiáveis		3		3
Usuário se recusava a responder o questionário ASSIST		2		2
Relacionados a estrutura				
Falta de tempo		8	5	13
Insegurança do profissional em abordar usuário		3		3
Profissional sem perfil para o projeto		1	1	2
Relacionados ao projeto				
Falta de profissionais		3	5	8
Falta de estrutura física		4	2	6
Represália de traficante			2	2
Tempo gasto com o projeto é excessivo		1		1
Dificuldade em encontrar usuários que preenchessem os critérios de inclusão		1		1

TABELA 17 – CONFIANÇA NA SUPERAÇÃO DOS OBSTÁCULOS

9 - O que dá a você a confiança de que esses obstáculos serão (foram) ultrapassados?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Não tem confiança de que os obstáculos serão ultrapassados	1	1	2	4
Relacionado ao treinamento			1	1
Treinamento de profissionais com perfil mais adequado		1		1
Capacitação constante e de mais profissionais		4	1	5
Investir mais em material educativo para facilitar vínculo com usuários		1		1
Relacionado a estrutura				
Contratação de profissionais		1	2	3
Ter mais estrutura física		2		2
Vontade política			1	1
Colocar a detecção como um novo objetivo do serviço		1		1
Apropriação do projeto por toda a equipe		1		1
Criação de uma rotina para triagem dos pacientes		1		1
Melhorar a desigualdade social		1		1
Relacionado ao profissional				
Administrar melhor o tempo para a aplicação do ASSIST		2	2	4
Ter escolhido uma boa profissional para a aplicação do projeto		1		1
Relacionado ao projeto				
Divulgação do projeto ASSIST		1		1
Confiança da população			1	1
Alguém de fora da unidade realizar o projeto		1	2	3

TABELA 18 – IMPLEMENTAÇÃO NA ROTINA DO SERVIÇO

10 - Você acha que esse projeto poderá fazer parte da rotina do seu serviço?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Sim	1	8	8	17
Não		2	1	3
Não sabe		1	1	2

TABELA 19 – DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO NA ROTINA DO SERVIÇO

11 - O que dificultaria (dificultou) para que isso acontecesse?	Lapa (n=1)	Cajuru (n=11)	SJP (n=10)	Total (n=22)
Relacionado ao profissional				
Ausência de dificuldade para implementar o projeto		1	1	2
Não sabe				1
Relacionado a estrutura				
Falta de tempo		2	1	3
Férias de profissionais		1		1
Falta de treinamento de mais profissionais	1	4	2	7
Rotatividade dos profissionais	1			1
Modelo centrado no médico			1	1
Sensibilização da comunidade para o projeto		1		1
Represália do tráfico			1	1
Falta de uma rotina para triagem de pacientes			1	1
Falta de estrutura física		2	2	4
Falta de profissionais		3	5	8
Mudança de sede		1		1
Falta de divulgação do projeto para o restante da equipe não treinada		1		1
Se não tivesse apoio da secretaria municipal de saúde		1		1
Não conseguir envolver equipe no projeto		1		1

6. DISCUSSÃO

Um dado importante resultante da análise das 12 afirmativas obtidas por somatória dos graus conferidos às questões com conteúdo relacionado e da análise dos 18 fatores obtidos por análise fatorial foi que, em geral, todos os participantes apresentaram alto grau de discordância para crenças e atitudes negativas e alto grau de concordância para as positivas, tanto antes como depois do treinamento. Isto sugere que profissionais e alunos da área de saúde que trabalham ou trabalharão na APS apresentam grande susceptibilidade para detectar e intervir precocemente nos problemas relacionados às substâncias psicotrópicas. Outro dado relevante do presente estudo foi a constatação que os profissionais apresentaram após o treinamento uma melhora do seu conhecimento, das suas habilidades e da confiança em detectar e intervir precocemente em problemas associados às substâncias.

6.1 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades antes do treinamento.

Crenças

Os alunos da terapia ocupacional da UFPR, que fazem a disciplina voluntariamente, pois é optativa, acreditam mais na eficácia do tratamento, possivelmente porque não têm as frustrações em lidar com usuários de drogas (principalmente os dependentes) e estão mais motivados, provavelmente pelo caráter voluntário.

É interessante notar que os profissionais da Saúde Ocupacional da Prefeitura de Curitiba não avaliaram como barreira a implementação desse projeto pelo sistema de saúde, pois provavelmente têm mais apoio, estrutura física, tempo e subsídio para realizar projetos dessa natureza. Nos municípios da Lapa e São José dos Pinhais, os profissionais noticiaram que o sistema de saúde se apresenta como barreira sugerindo que tais profissionais relataram as dificuldades da rotina diária como falta de tempo, de estrutura física, a obrigação laboral de outros programas mais antigos e consolidados como o do diabético, do hipertenso, da vacinação, etc. Esses relatos estão de acordo com o que foi sugerido por Heather (HEATHER, 2006). Os alunos crêem que o sistema de saúde apresenta barreiras, provavelmente porque vêem comumente na mídia o

descaso do governo com a saúde haja vista que não têm contato com o sistema diretamente.

Em relação as crenças, os profissionais acreditam que têm segurança para lidar com as reações negativas dos pacientes haja vista que já possuem experiência em lidar com as reações dos pacientes em outros programas. Essa crença está de acordo com o artigo de Segato *et al.* (SEGATO *et al.*, 2007) que diz que “os bebedores de risco são cooperativos e a experiência obtida por vários estudos demonstra que os pacientes apreciam que os profissionais de saúde mostrem a interação do álcool com a saúde”.

São José dos Pinhais, Cajuru e Curitiba não confiam no benefício da intervenção, porém os alunos da Terapia Ocupacional acreditam. Aqueles profissionais possivelmente crêem somente no tratamento medicamentoso e os alunos predominantemente na intervenção, pois seu foco de estudo é o comportamento. Isso sugere um modelo centrado no médico, que é o profissional que mais prescreve medicamentos (KUEHN, 2008).

Todos os grupos de participantes acreditam que usuários de risco devam ser ajudados antes que atinjam a dependência que, conforme descrito na literatura, é mais efetivo e barato (FLEMING *et al.*, 2002; HENRIQUE *et al.*, 2004).

Atitudes

Os profissionais do Cajuru pensam que é mais confortável lidar com o problema de uso de drogas do que os profissionais da Lapa ou São José dos Pinhais sugerindo que os profissionais do Cajuru por estarem em um grande centro – Curitiba – têm mais infra-estrutura do que os outros municípios (p. ex. é mais fácil/rápido encaminhar um paciente para o especialista quando necessário) e têm mais supervisão e capacitação constantes.

Os alunos concordaram mais com o fato que é papel do profissional lidar com usuários de risco, provavelmente porque não conhecem as dificuldades e a complexidade ao lidar com usuários de drogas. Isso está de acordo com o trabalho de Cape *et al.* (CAPE; HANNAH; SELLMAN, 2006) realizado na Nova Zelândia em estudantes de medicina no segundo, quarto e sexto ano em que os estudantes aumentaram a pontuação em conhecimento e habilidade sobre drogas no decorrer da

faculdade, porém se consideraram mais inadequados ao passar dos anos em avaliar e gerenciar usuários de drogas com problemas ou dependência.

É interessante ressaltar que todos os profissionais e alunos acreditam que há tempo suficiente para lidar com os usuários de risco sugerindo falta de conhecimento e habilidades, pois não sabiam o que era detecção precoce e intervenção breve e que a aplicação dos questionários precisava de estrutura física e de tempo extra.

Habilidades

Os alunos da terapia ocupacional acreditam que não têm conhecimentos nem habilidades para lidar com usuários de risco, conforme esperado, pois eles estão em processo de formação e aprendizagem. Popp *et al.* (POPP; SCHWARTZ; SCHOENER, 1998) refere que o currículo acadêmico precisa se expandir além do foco tradicional na dependência de substâncias. Os estudantes ainda são relutantes em avaliar o uso de álcool dos pacientes e essa relutância pode estar associada com a falta de treinamento de como provocar a mudança de comportamento e falta de confiança na habilidade dos pacientes em reduzir o consumo de álcool, pois o modelo dominante de alcoolismo enfatiza a negação e resistência do paciente.

Todos consideraram importante o problema das drogas sugerindo que alunos e profissionais têm conhecimento que tal problema assume proporções de saúde pública e se manifesta em diversos setores da sociedade (ROOM; BABOR; REHM, 2005).

6.2 Avaliação dos profissionais da qualidade do treinamento.

O treinamento é uma das formas através das quais os profissionais de saúde aprendem sobre como lidar com usuários de drogas. Na literatura científica, há uma ausência de avaliação sobre a efetividade de treinamento. O quadro de profissionais e as limitações financeiras frequentemente ditam os tipos e frequência de treinamento para os profissionais (BARTHOLOMEW *et al.*, 2007).

Apesar da avaliação geral do treinamento ter sido considerada boa ou ótima pela maioria dos profissionais, deve-se considerar a limitação desse tipo de avaliação, pois os entrevistados desejam corresponder às expectativas do palestrante, esse é o chamado efeito Hawthorne (MCCAMBRIDGE; DAY, 2008).

Dentre as principais críticas realizadas, a maioria dos profissionais relatou falta de carga horária principalmente em relação à parte prática, sugerindo-se no total 30 horas de treinamento. A maioria também relatou que não teve segurança para aplicar o questionário e que faltou supervisão local. Esses dados estão de acordo com o trabalho de Gonçalves (GONÇALVES, 2005).

Em um questionário aplicado na Finlândia (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2001), 90% dos médicos e enfermeiras de APS afirmaram que mais treinamento prático era necessário para aumentar a implementação da intervenção de álcool como parte da rotina de atenção à saúde e somente 18% acreditavam que eles tinham conhecimento suficiente para realizar intervenção breve com competência para bebedores pesados.

No trabalho de Beich e colaboradores (BEICH; GANNIK; MALTERUD, 2002), médicos dinamarqueses receberam de 1 a 3 dias de treinamento para realizar intervenção breve em pacientes que usavam álcool em excesso e relataram como barreira, falta de treinamento.

No estudo de Ronzani (RONZANI *et al.*, 2005), a carga horária foi de 16 horas de treinamento direcionado apenas para o álcool e os profissionais sugeriram um caráter mais prático do treinamento, resultado compatível com os achados do presente estudo.

No trabalho de Vadlamudi *et al.* (VADLAMUDI *et al.*, 2007), foi demonstrado que intervenção educacional teve um efeito positivo significativo nas atitudes e crenças de enfermeiras de APS em relação ao usuário de álcool e seu tratamento.

O treinamento é importante para lidar com questões sobre o álcool na rotina, porém não deve ser visto como elemento único na mudança (HOLMQVIST *et al.*, 2008; BARTHOLOMEW *et al.*, 2007; ANDERSON *et al.*, 2004). Um estudo da Organização Mundial da Saúde demonstrou que a atividade da intervenção aumentou somente nos profissionais que já estavam compromissados em trabalhar com questões sobre o álcool (ANDERSON *et al.*, 2004). Sugere-se que seria necessário, além do treinamento, dar suporte aos profissionais quando necessário, ter o apoio dos superiores e fortalecer o papel do profissional na APS para identificar usuários de risco de drogas.

6.3 Avaliação das crenças, atitudes e habilidades após o treinamento.

Para a avaliação das mudanças ocorridas antes e após o treinamento, foram analisados apenas os profissionais de saúde que participaram das duas aplicações totalizando 45 profissionais.

Os profissionais de saúde do Cajuru passaram a acreditar menos na eficácia do tratamento após o treinamento e também consideraram mais desconfortável lidar com o problema de uso de drogas, pois tiveram dificuldades devido a falta de estrutura física, tempo ou de profissionais haja vista que precisam cumprir com suas obrigações rotineiras na UBS (HEATHER, 2006).

Após o treinamento, os profissionais do Cajuru e de São José dos Pinhais perceberam que há falta de tempo para lidar com os usuários de risco, pois a detecção de tais usuários não é prioridade do sistema de saúde bem como há várias outras tarefas que os profissionais tem a obrigação de cumprir (HEATHER, 2006).

Os profissionais de São José dos Pinhais acharam menos importante detectar usuários de risco possivelmente porque com o aumento do conhecimento e das suas habilidades ampliaram sua consciência da complexidade do assunto sobre drogas(CAPE; HANNAH; SELLMAN, 2006), experimentaram as dificuldades da detecção precoce e intervenção breve na rotina como falta de estrutura física, de tempo e de profissionais e a ameaça de traficantes.

Não houve diferença estatisticamente significativa em relação às crenças, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde da Lapa após o treinamento possivelmente devido ao número de profissionais participantes ter sido muito pequeno não possibilitando uma análise adequada.

Falta de treinamento adequado, atitudes ou crenças inapropriadas sobre o abuso de álcool dos pacientes, tempo limitado, medo de perder pacientes, desconforto em discutir o abuso de álcool com os pacientes e falta de segurança atuam como barreiras em disponibilizar a oportunidade do diagnóstico e tratamento de pacientes com abuso de álcool conforme estudo realizado entre médicos da APS que subdiagnosticam usuários de drogas (THE NATIONAL CENTER ON ADDICTION AND SUBSTANCE ABUSE, 2000).

6.4 Avaliação do grupo focal.

O principal obstáculo relatado pelos profissionais foi falta de tempo, contradizendo a afirmação que a maioria fez na primeira aplicação do QE1 dizendo que havia tempo suficiente para lidar com usuários de risco. O excessivo preenchimento de formulários exigidos pela pesquisa, desculpa do profissional para não realizar detecção e IB e as atividades obrigatórias de outros programas podem ter sido a causa da falta de tempo, porém para a minoria dos pacientes questionados sobre drogas seria necessário preencher todos os formulários. Vários trabalhos citam a falta de tempo como obstáculo (GONÇALVES, 2005; BEICH; GANNIK; MALTERUD, 2002; HEATHER, 2006; HOLMQVIST *et al.*, 2008; NILSEN *et al.*, 2006).

O treinamento conseguiu modificar a prática na UBS, pois os profissionais que não participaram e tiveram contato com os que foram capacitados se sentiram motivados e gostariam de ser treinados.

Um ponto positivo do projeto foi que os profissionais perceberam que os pacientes gostaram de falar ou refletiram sobre seu uso de drogas. Um profissional relatou um fato interessante a esse respeito. Ele disse que um paciente que raramente ia a UBS, quando foi e perguntaram para ele a respeito do seu uso de álcool e drogas ficou admirado ao ser indagado e disse: “*nossa, aqui perguntam sobre álcool e drogas*”.

Um aspecto negativo do projeto foi: “dificuldade no seguimento dos pacientes”. Isso pode ter ocorrido, pois o paciente não falou a verdade (SEGATTO *et al.*, 2007) e deu um número errado de telefone e/ou endereço inexistente e não retornou a unidade, possivelmente porque não quis ser importunado a respeito de álcool e drogas ou ficou com receio de ter algum problema legal e também o papel da instituição pode ter falhado ao não se empenhar no seguimento dos pacientes detectados.

No trabalho de Neushotz e Fitzpatrick (NEUSHOTZ; FITZPATRICK, 2008), numa clínica de atenção primária na cidade de Nova York, os profissionais identificaram como obstáculo para a detecção e intervenção breve o relato impreciso dos pacientes (100%), falta de conhecimento sobre intervenção breve por parte dos profissionais (66%), falta de ferramentas de detecção padronizados (66%), falta de tempo (50%) e falta de articulação para encaminhamento a especialista (50%).

6.5 Avaliação da entrevista com os gestores.

Os gestores, na sua maioria, relataram que participaram do projeto por convocação dos seus superiores e sua maior contribuição foi a permissão para a participação de seus profissionais. Esperavam adquirir do projeto melhora do conhecimento do profissional na área de drogas, diminuição de casos de usuários de drogas na comunidade e prevenção de drogas e promoção da saúde mental refletindo um caráter mais preventivo do que curativo, diferente do relatado em outros trabalhos (HENRIQUE *et al.*, 2004; RONZANI *et al.*, 2005).

Os gestores não esperavam mais informação ou documentação sobre o projeto, isso sugere que o treinamento bem como as reuniões com as secretarias municipais e estadual de saúde elucidaram adequadamente o propósito do projeto sobre detecção precoce e intervenção breve.

Os gestores relataram que os objetivos do projeto não foram alcançados, pois não conseguiram desenvolvê-lo devido a falta de tempo (principal obstáculo narrado), de estrutura física e de profissionais. Esse comentário condiz com o trabalho de Hutchings *et al.*, em que as maiores barreiras para a intervenção breve em relação ao álcool ditas pelos profissionais foi a falta de tempo, de profissional de saúde, de estrutura física e de incentivo (HUTCHINGS *et al.*, 2006).

É possível que os procedimentos implementados pelo projeto façam parte da rotina dos profissionais, e várias estratégias deste e de outros trabalhos são propostas para superar as barreiras encontradas na prática rotineira como a capacitação constante, contratação de mais profissionais, necessidade de mais supervisão durante a fase de implementação da nova prática, investimento em infra-estrutura, a efetiva participação dos gestores para se atingir a resolutividade esperada da proposta de trabalho, realizar reuniões de sensibilização com a equipe e com os gestores de saúde visando aumentar a motivação e o apoio de todos os envolvidos no processo, inclusão desse tema nos currículos dos cursos da área de saúde e implementação de um programa institucional à semelhança do que ocorre com outros programas de prevenção (GONÇALVES, 2005; RONZANI *et al.*, 2005; ROCHE *et al.*, 1997).

7. CONCLUSÃO

De uma maneira geral, independente do grupo participante considerado, as suas crenças e atitudes foram positivas em relação ao procedimento de detectar e intervir precocemente em usuários de risco de drogas.

Os profissionais e alunos da área de saúde que trabalham ou trabalharão na APS apresentam grande susceptibilidade para detectar e intervir precocemente nos problemas relacionados às substâncias psicotrópicas.

Outro dado relevante do presente estudo foi a constatação que os profissionais apresentaram após o treinamento uma melhora do seu conhecimento, das suas habilidades e da confiança em detectar e intervir precocemente em problemas associados às substâncias.

Os profissionais da Saúde Ocupacional da Prefeitura de Curitiba relataram menos barreiras na implementação do projeto, pois devem ter mais apoio, estrutura física, tempo e subsídio para realizar projetos dessa natureza.

Os alunos da terapia ocupacional concordaram mais com o fato que é papel do profissional lidar com usuários de risco, provavelmente porque não conhecem as dificuldades e a complexidade de lidar com usuários de drogas.

O treinamento dos profissionais de saúde para implementação de detecção precoce e intervenção breve para uso de drogas deve ter mais carga horária direcionada principalmente para conteúdo prático e para supervisão no local de trabalho.

Após o treinamento, os profissionais, em geral, perceberam que há falta de tempo para lidar com os usuários de risco, pois a detecção de tais usuários não é prioridade do sistema de saúde bem como há várias outras tarefas que os profissionais tem a obrigação de cumprir.

Os gestores das UBS dos três municípios relataram que participaram do projeto por convocação dos seus superiores e esperavam adquirir do projeto melhora do conhecimento do profissional na área de drogas, diminuição de casos de usuários de drogas na comunidade e prevenção de drogas e promoção da saúde mental.

A implementação do projeto foi prejudicada devido as seguintes barreiras: falta de tempo (principal obstáculo narrado), de estrutura física e de profissionais.

Sugere-se para superar as barreiras na prática rotineira: a capacitação constante, contratação de mais profissionais, necessidade de mais supervisão durante a fase de implementação da nova prática, investimento em infra-estrutura, a efetiva participação dos gestores para se atingir a resolutividade esperada da proposta de trabalho, realizar reuniões de sensibilização com a equipe e com os gestores de saúde visando aumentar a motivação e o apoio de todos os envolvidos no processo, inclusão desse tema nos currículos dos cursos da área de saúde e implementação de um programa institucional à semelhança do que ocorre com outros programas de prevenção.

8. REFERÊNCIAS

AALTO, M; PEKURI, P; SEPPA, K. Primary health care nurses and physicians attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. **Addiction**, v.96, p. 305-311, 2001.

ACADEMIC ED SBIRT RESEARCH. The Impact of Screening, Brief Intervention, and Referral for Treatment on Emergency Department Patients' Alcohol Use. **Annals of Emergency Medicine**, v.50, n.6, p.699-710, 2007.

ALMEIDA, SP; SILVA, MTA. Histórico, efeitos e mecanismo de ação do êxtase (3-4 metilenodioximetanfetamina): revisão da literatura. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.8, n.6, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatry Association. 1994.

ANDERSON, P; KANER, E; WUTZKE, S; WENSING, M; GROL, R; HEATHER, N; SAUNDERS, J. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization International collaborative survey. **Alcohol & Alcoholism**, v.38, n.6, p.597-601, 2003.

ANDERSON, P; KANER, E; WUTZKE, S; FUNK, M; HEATHER, N; WENSING, M; GROL, R; GUAL, A; PAS, L. WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. **Alcohol & Alcoholism**, v. 39, n. 4, p. 351-356, 2004.

AUCHEWSKI, L; ANDREATINI, R; GALDURÓZ, JCF; LACERDA, RB. Evaluation of the medical orientation for the benzodiazepine side effects. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p. 23-30, 2004.

BABOR, TF; HIGGINS-BIDDLE, JC; HIGGINS, PS; GASSMAN, RA; GOULD, BE. Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. **Substance abuse**, v.25, n.1, p. 17-26, 2004.

BAHLS, FC; BAHLS, SC. Cocaína: origens, passado e presente. **Interação em Psicologia**, v.6, n.2, p. 177-181, 2002.

BAKER, A; BOGGS, TG; LEWIN, TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. **Addiction**, v.96, p.1279-1287, 2001.

BARTHOLOMEW, NG; JOE, GW; ROWAN-SZAL, GA; SIMPSON, DD. Counselor assessments of training and adoption barriers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.33, p.193-199, 2007.

BEICH, A; GANNIK, D; MALTERUD, K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. **BMJ**, v.325, p.1-5, 2002.

BEICH A; THORSEN T; ROLLNICK S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v.327, p.536-542, 2003.

BERNSTEIN, J; BERNSTEIN, E; TASSIOPOULUS, K; HEEREN, T; LEVENSON, S; HINGSON, R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. **Drug and Alcohol Dependence**, v.77, p.49-59, 2005.

BERTHOLET, N; DAEPPEN, JB; WIETLISBACH, V; FLEMING, M; BURNAND B; Reduction of the alcohol consumption by brief alcohol intervention in Primary Care. **Archives of Internal Medicine**, v.165, 986-995, 2005.

BRADLEY, KA; CURRY, SJ; KOEPESELL, TD; LARSON, EB. Primary and secondary prevention of alcohol problems: US internist attitudes and practices. *Journal of General Internal Medicine* 10(2), 67-72, 1995).Citado por: VADLAMUDI, RS; ADAMS, S; HOGAN, B; WU, T; WAHID, Z. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. **Nurse Education in Practice**, doi: 10.1016/j.nepr.2007.10.003. 2007.

CAPE, G; HANNAH, A; SELLMAN, D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. **Addiction**, v.100, n.6, p.841-849, jun. 2006.

CARLINI, EA. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2005. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/lev_domiciliar2005/index.htm> Acesso em: 27/01/08.

CARLINI, EA. A história da maconha no Brasil – Revisão de Literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.4, p. 314-317, 2006.

CHAFETZ ME. A procedure for establishing therapeutic contact with the alcoholic. **Q J Stud Alcohol**, v.22, p. 325-328, 1961.

CONTANDRIOPOULOS, A-P; CHAMPAGNE, F; POTVIN, L; DENIS, J-L; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa**. Colaboradores: L. Belanger, H. Nguyen; revisão: M. Girese; 3ª ed./Versão em português, trad. S. Ribeiro, 1999.

DACKIS, C; O'BRIEN, C. Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications. **Nature Neuroscience** vol.8 n.11 p.1431-1436, nov. 2005.

DUALIBI, S; LARANJEIRA, R. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.839-48, 2007.

FERIGOLO, M; MEDEIROS, FB; BARROS, HM. "Êxtase": Revisão farmacológica. **Revista de Saúde Pública**, Vol.32, n.5, p.487-495, out.1998.

FERREIRA, PEM; MARTINI, RK. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.2, p.96-9, 2001.

FLEMING, MF; MUNDT, MP; FRENCH, MT; MANWELL, LB; STAUFFACHER, EA; BARRY, KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 26, n. 1, p 36-43, 2002.

FUNDERBURK, JS; MAISTO SA; SUGARMAN DE. Brief Alcohol Interventions and Multiple Risk Factors in Primary Care. **Substance Abuse**. Vol. 28, No 4, p. 93 – 105, 2007.

GALANTER, M; KLEBER, HD. **Textbook of Substance Abuse Treatment** Third Edition. The American Psychiatric Publishing, 2004.

GONÇALVES, PS. **Avaliação das barreiras para implementação do projeto detecção precoce e intervenção breve para o uso de risco de drogas na atenção primária à saúde em Curitiba**. 74f. Dissertação(Mestrado em Farmacologia) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba - PR, 2005.

GOODMAN e GILMAN: **As bases farmacológicas da terapêutica**. McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006.

GREEN, LA; YAWN BP; LANIER D; DOVEY SM; NOVO W. The ecology of medical care revisited. **New England Journal of Medicine**, v.344, p.2021-2025, 2001.

HEATHER, N. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care. Report to the World Health Organisation on phase IV. Geneva: World Health Organization, Department of mental Health and Substance Abuse; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf>. Acesso em: 13/05/08.

HENRIQUE, IFS; M, DD; LACERDA, RB; LACERDA, LA; FORMIGONI, MLOS. Validação da Versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias(ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**,: v.50, n.2, p.199-206, 2004.

HOLMQVIST, M; BENDTSEN, P; SPAK, F; ROMMELSJO, A; GEIRSSON, M; NILSEN, P. Asking patients about their drinking. A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. **Addictive Behavior**, 33, p. 301-314, 2008.

HUMENIUK, R; ALI, R; BABOR, TF; FARRELL, M; FORMIGONI, ML; JITTIWUTIKARN, J; LACERDA, RB; LING, W; MARSDEN, J; MONTEIRO, M; NHIWATIWA, S; PAL, H; POZNYAK, V; SIMON, S. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test(ASSIST). **Addiction**,. online early article, 29 Mar 2008. Disponível em: <<http://www.blackwell-synergy.com/action/doSearch>> Acesso em: 27/01/08.

HUTCHINGS, D; CASSIDY, P; DALLOLIO, E; PEARSON, P; HEATHER, N; KANER, E. Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: views from both sides of the consultation. **Primary Health Care Research and Development**, 7, p. 221-229, 2006.

JUNGERMAN, FS; ANDREONI, S; LARANJEIRA, R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. **Drug and Alcohol Dependence**, v.90, p.120-127, 2007.

KUEHN, BM. Despite benefit, physicians slow to offer brief advice on harmful alcohol use. **JAMA**, v. 299, n.7, Feb. 2008.

LANG, MAE; ENGELANDER, M; BROOKE, T. Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.19, p.111-116, 2000.

LEE NK. Alcohol intervention - What works? **Australian Family Physician**, Vol. 37 n. 1/2 Jan/Feb 2008.

LOCK, CA; KANER, E; LAMONT, S; BOND, S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. **Journal of Advanced Nursing**, v.39, n.4, p.333-342, 2002.

MARQUES, ACPR; FURTADO, EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**,; 26(Suplemento I): 28-32, 2004.

MCCAMBRIDGE, J; DAY, M. Randomized controlled trial of the effects of completing the alcohol use disorders identification test questionnaire on self-reported hazardous drinking. **Addiction**, v.103, n.2, p.241-8, Feb 2008.

MCLELLAN, AT; LEWIS DC; O'BRIEN CP; KLEBER HD. Drug Dependence, a Chronic Medical Illness. **JAMA**, Vol. 284, n. 13, Oct 4, 2000.

MEDINA-MORA, ME. Forum: Prevention of Substance Abuse Worldwide. Prevention of substance abuse: a brief overview. **World Psychiatry**, 4:1 – February 2005.

MENDES, ACJ. **Análise da sessão de intervenção breve, bem como da sua eficácia aplicada após a detecção pelo ASSIST-OMS a usuários abusivos de álcool, maconha, cocaína e anfetaminas na atenção primária à saúde em dois municípios do Paraná.** 100f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) Setor de Ciências biológicas, Universidade Federal do Paraná Curitiba - PR, 2006.

NASTASY, H; RIBEIRO, M; MARQUES, ACPR. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos, 2008. Disponível em:

<http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 17/07/2008.

NEALE J; ALLEN D; COOMBES L. Qualitative research methods within the addictions. **Addiction**,. P.1584-93, May 2005.

NEUSHOTZ, LA; FITZPATRICK, JJ. Improving substance abuse screening and intervention in a primary care clinic. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 22, n. 2, p. 78-86, abril 2008.

NILSEN, P; AALTO M; BENTSEN, P; SEPPA, K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.24, p. 5-15, 2006.

POPP, SM; SCHWARTZ, KL; SCHOENER, EP. Brief intervention in hazardous drinking: an important adjunct to medical school ATOD Curriculum. **Substance Abuse**, v.19, n.1, 1998.

POWELL, RA; SINGLE, HM. Focus group. **Int J Qual Health Care**, v.8, p.499-504, 1996.

RAMOS, SP; WOITOWITZ, AB. **Rev Bras Psiquiatr**, v.26, Supl I, p.18-22, 2004

RIBEIRO, M; MARQUES, ACPR. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abuso e Dependência de Maconha, 2002a. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php> Acesso em: 27/01/08.

RIBEIRO, M; MARQUES, ACPR. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abuso e dependência de Anfetamina, 2002b. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php>. Acesso em: 27/01/2008.

ROCHE, AM; STUBBS, JM; SANSON-FISHER, RW; SAUNDERS, JB. A controlled trial of educational strategies to teach medical students brief intervention skills for alcohol problems. **Preventive Medicine**, v.26, p. 78-85, 1997.

ROCHE AM, FREEMAN T. Brief Interventions: Good in theory but weak in practice. **Drug Alcohol Rev**, v. 23, p.11-8, 2004. Citado por: NILSEN, P; AALTO M; BENTSEN, P; SEPPA, K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in

primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v.24, p. 5-15, 2006.

ROMANO, M; RIBEIRO, M; MARQUES, ACPR. PROJETO DIRETRIZES. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Abuso e dependência de Cocaína. 2002. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes.php> Acesso em: 27/01/08.

RONZANI, TM; RIBEIRO, MS; AMARAL, MB; FORMIGONI, MLOS. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 852-861, mai-jun, 2005.

ROOM, R; BABOR, T; REHM, J. Alcohol and public health. **Lancet**. v. 365, p. 519-530, Feb 2005.

SAITZ, R. Screening and Brief Intervention Enter Their 5th Decade. **Substance Abuse**, Vol. 28, No 3, p. 3-6, 2007.

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S.Department of Health and Human Services, Web site: <http://www.samhsa.gov> Acesso em: 14/07/08.

SAUNDERS, JB; AASLAND, OG; BABOR, TF; JUAN R. DE LA FUENTE, JR;GRANT, M. Development of the alcohol use disorders identification test(AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. **Addiction**, v.88, p.791-804, 1993.

SAUNDERS, BD; TRAPP, RG. **Basic & Clinical Biostatistics**. 2 edition. Appleton & Lang Publishing 1994.

SEIBEL, DS; TOSCANO, AJ. **Dependência de Drogas**. Editora Atheneu, 2001.

SEGATTO, ML; PINSKY, I; LARANJEIRA, R; REZENDE, FF; VILELA, TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, 1753-1762, ago. 2007.

SENAD Prevenção – Prioridades na área de prevenção. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm>> Acesso em 29/04/2008.

SILVA, P; JAYAWARDANA, P; PATHMESWARAN A. Concurrent Validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT). **Alcohol & Alcoholism** v.43, n.1, p.49-50, 2008.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet** , Vol. 344, n.8930, p1129-1133, 22 oct. 1994.

STEPHENS, RS; ROFFMAN, RA; CURTIN, L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.68, n.5, p.898-908, 2000.

The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2000. Missed Opportunity: The CASA National Survey of Primary Care Physicians and Patients on Substance Abuse. Disponível em: <<http://www.casacolumbia.org/pdshopprov/files/29109.pdf>>. Acesso em: 13/05/2008.

UNITED NATIONS – Office on drugs and crime. World Drug Report, 2007. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf> Acesso em: 27/01/08.

VADLAMUDI, RS; ADAMS, S; HOGAN, B; WU, T; WAHID, Z. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. **Nurse Education in Practice**, doi: 10.1016/j.nepr.2007.10.003. 2007.

WHITE, KL, WILLIAMS TF, GREENBERG BG. The ecology of medical care. **New England Journal of Medicine**., v.265, p.885 – 92, 1961.

World Health Organization. Primary health care. WHO, 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf> Acesso em: 27/01/08.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. Tenth Revision. Geneva, Switzerland: WHO, 1993.

WHO. AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for use in Primary Care. Second Edition. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/index.html> Acesso em: 05/05/2008.

WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility **Addiction**, v.97, p.1183-94, 2002.

WHO Global Status Report on Alcohol. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf> Acesso em: 27/01/08.

ZUARDI, AW. History of *cannabis* as a medicine: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr**, vol.28, no.2, p.153-157, 2006.

ANEXO 1

ASSIST – OMS (QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM PARA O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS)

DATA: ____/____/____

ENTREVISTADOR: _____

Paciente código _____

UBS: _____

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc))	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)**b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)**c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)**d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)**e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g.hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g.hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
0	2	1

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

ANEXO 2

Questionário de estudo no. 1 para Profissionais da Atenção Primária

Instruções: Por favor, preencha totalmente o questionário. A maioria das perguntas pode ser respondida marcando um X no quadrado próximo a sua resposta. Por favor, complete este questionário **antes** de você participar do treinamento.

Parte 1: Questões sobre você

1. Nome (por favor, em letra de forma): _____
2. Qual a sua idade? anos
3. Marque o seu sexo.
☐ Masculino ☐ Feminino
4. Qual o seu maior grau de formação profissional?

<input type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau
<input type="checkbox"/> Curso técnico	<input type="checkbox"/> Graduação em _____
<input type="checkbox"/> Especialização	<input type="checkbox"/> Residência
<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado
<input type="checkbox"/> Outro (por favor, especifique) _____	
5. Por favor, indique seu(s) campo(s) prático(s) de trabalho (Marque todos que se aplicam)

<input type="checkbox"/> Medicina de Família	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Médico residente
<input type="checkbox"/> Pediatria	
<input type="checkbox"/> Outro (escreva) _____	
<input type="checkbox"/> Outro (escreva) _____	

Parte 2: Questões sobre sua Prática Profissional

1. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você pergunta a ele(a) especificamente sobre seu consumo e a historia dos problemas relacionados ao uso de:

álcool	outras drogas?
<input type="checkbox"/> Todas às vezes	<input type="checkbox"/> Todas às vezes
<input type="checkbox"/> A maioria das vezes	<input type="checkbox"/> A maioria das vezes
<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes
<input type="checkbox"/> Raramente ou nunca	<input type="checkbox"/> Raramente ou nunca
<input type="checkbox"/> Não faz parte da minha função	<input type="checkbox"/> Não faz parte da minha função
2. Como parte de sua consulta a um paciente adulto, com que frequência você aconselha os pacientes com padrões de consumo de riscos para problemas relacionados ao uso de álcool **ou outras drogas**, a diminuir ou parar com esse consumo?

Em relação a álcool :	Em relação a outras drogas:
<input type="checkbox"/> Todas às vezes	<input type="checkbox"/> Todas às vezes
<input type="checkbox"/> A maioria das vezes	<input type="checkbox"/> A maioria das vezes
<input type="checkbox"/> Algumas vezes	<input type="checkbox"/> Algumas vezes
<input type="checkbox"/> Raramente ou nunca	<input type="checkbox"/> Raramente ou nunca
<input type="checkbox"/> Não faz parte da minha função	<input type="checkbox"/> Não faz parte da minha função
3. Considerando todas as suas consultas de pacientes adultos, com que frequência você faz perguntas sobre cada uma das seguintes áreas:

Área do comportamento	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Raramente/ Nunca	Não se aplica
a) Fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Exercitar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Consumo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Dieta/alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nível de estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Uso de droga Ilícita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Qual a porcentagem dos pacientes adultos que você atende, você estima que tem problemas relacionados ao uso de álcool?
 %

Nos últimos 12 meses, dos pacientes adultos que você atendeu, aproximadamente quantos você tratou dos problemas relacionados ao consumo pesado de

Álcool

- ☐ Nenhum
☐ 1 - 5 pacientes
☐ 6 - 11 pacientes
☐ 12 - 24 pacientes
☐ 25 - 49 pacientes
☐ 50 ou mais pacientes
☐ Não se aplica

Outras drogas?

- ☐ Nenhum
☐ 1 - 5 pacientes
☐ 6 - 11 pacientes
☐ 12 - 24 pacientes
☐ 25 - 49 pacientes
☐ 50 ou mais pacientes
☐ Não se aplica

Parte 3: Questões sobre o seu papel como Profissional da Atenção Primária

1. Você se sente preparado(a) para aconselhar os pacientes em cada uma das áreas de comportamento da lista apresentada a seguir?

Área do comportamento	Muito preparado(a)	Um pouco preparado(a)	Um pouco despreparado(a)	Muito despreparado(a)
a) Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Exercitar-se regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Reduzir o consumo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Evitar excesso de calorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Reduzir o estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não usar drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O quão competente você se julga em ajudar os pacientes a promover mudanças em cada uma das áreas de comportamento apresentadas a seguir?

Área do comportamento	Muito competente	Um pouco competente	Um pouco incompetente	Muito incompetente
g) Não fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Exercitar-se regularmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Reduzir o consumo de álcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Evitar excesso de calorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Reduzir o estresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Não usar drogas ilícitas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 4: Questões sobre suas atitudes e crenças em relação aos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas pelos seus pacientes

1. As seguintes afirmativas relacionam-se com o **como lidar** com usuários de risco. “Usuários de risco” são pessoas cujo uso de álcool **ou** outras drogas pode levar a problemas de saúde (por ex., pressão alta, acidentes, flebites, neuropatias) ou a problemas sociais (por ex., dificuldades com o cônjuge), mas exclui pessoas claramente dependentes. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool e outra para outras drogas, que variam de “**concorda totalmente**” a “**discorda totalmente**”.

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber álcool ou usar outras drogas fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso de substâncias álcool.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
b) Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber ou uso de outras drogas de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na sua redução do consumo de bebida.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas os levará a um aumento de uso.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Tendo recebido informação e treinamento adequados, os profissionais da atenção primária poderão ajudar os pacientes a reduzir seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas a procurar assistência num serviço externo é o melhor que eu posso fazer por eles.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Falar aos pacientes sobre riscos à saúde relacionados ao álcool ou outras drogas os ajudará a reduzir seus próprios problemas relacionados ao álcool.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com bebedores ou usuários de risco.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas para desempenhar meu papel ao lidar com os bebedores ou usuários de risco.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool ou outras drogas e seus efeitos.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes usuários ou bebedores de risco.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas é adequado.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
m) Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional de atenção primária falar ao paciente sobre seu padrão de uso beber.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Não é confortável aos profissionais da atenção primária perguntar aos pacientes sobre o seu uso de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Os profissionais da atenção primária deveriam saber como recomendar limites (i.e. diminuir mas não necessariamente parar com o uso álcool ou outras drogas) aos seus pacientes que bebem pesadamente ou usam drogas com certa frequência, mas que não são dependentes	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) É importante para um profissional da atenção primária distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes do álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Os profissionais da atenção primária tem a responsabilidade de perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso se suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso de álcool ou outras drogas , mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) A detecção precoce do uso inadequado do álcool ou outras drogas pode melhorar a chance do sucesso do tratamento.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Usuários ou Bebedores problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de beber ou uso de drogas causará uma reação defensiva.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Falar aos pacientes sobre seus problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas os tornará dependentes de mim para apoio.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas revelará que o paciente não teve cobertura necessária pelo serviço.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas de crenças de comportamentos	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
x) Quando um paciente for identificado com problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas, os outros profissionais de saúde perderão o respeito por ele.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas resultará em não receber mais um <i>feedback</i> sobre o paciente.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As afirmativas seguintes referem-se ao papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados ao álcool **ou outras drogas**, incluindo dependência e padrão de uso de risco. Tipicamente, a detecção consiste em perguntar aos pacientes 5-10 questões curtas sobre a quantidade de álcool **ou outras drogas** que eles consomem e que sintomas eles sentem. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool e outra para outras drogas, que variam de "**concorda totalmente**" a "**discorda totalmente**".

Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Eu acho que não é papel do profissional da atenção primária perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu sinto como invasão de privacidade perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Geralmente, quando se pergunta sobre seu consumo de álcool ou outras drogas , os pacientes não contam a verdade.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Os pacientes ficarão zangados se o profissional da atenção primária perguntar sobre seu consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados.	Álcool <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas sobre a detecção do álcool ou outras drogas	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
g) A Instituição na qual trabalho não inclui perguntas formais para obter informações sobre o consumo de álcool ou outras drogas dos pacientes.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Em geral, consumir álcool ou outras drogas não é um problema maior de saúde.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais eu tenho que lidar na minha prática.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer perguntas dessa natureza.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Poderia existir um risco de consequências legais se o paciente for identificado como usuário de risco.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Eu me sinto desconfortável perguntando sobre o padrão de uso de álcool ou drogas dos pacientes.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Eu não sei como identificar usuários de risco que não apresentem sintomas óbvios de consumo excessivo.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool ou outras drogas .	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com os problemas médicos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. As afirmativas abaixo referem-se ao seu interesse profissional sobre o padrão de uso de álcool **ou outras drogas** e os riscos de saúde relacionados a esse uso ou sobre o aconselhamento para diminuir ou parar com o uso de álcool ou drogas. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que descreva como você se sente em relação a ela. Para cada afirmativa, escolha uma alternativa para álcool e outra para outras drogas, que variam de "**concorda totalmente**" a "**discorda totalmente**".

Afirmativas sobre o aconselhamento breve	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
a) Eu acho que não é papel do profissional da saúde fazer essas declarações ou dar esses conselhos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eu acho que usuários ou bebedores de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”.	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo.	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Os pacientes ficarão zangados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas.	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza.	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Eu acho que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre o álcool ou outras drogas e seus efeitos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afirmativas sobre o aconselhamento breve	Concorda totalmente	Concorda	Nem concorda nem discorda	Discorda	Discorda totalmente
j) Em geral, é gratificante trabalhar com usuários ou bebedores de risco.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) O sistema de saúde não paga pelo aconselhamento sobre o álcool ou outras drogas aos profissionais de saúde na prática geral.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Eu não estou à vontade para fazer essa intervenção.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Não há benefícios profissionais por oferecer esses conselhos.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Eu acho que posso aconselhar meus pacientes adequadamente a diminuir ou a parar com o consumo de álcool ou outras drogas	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Existem problemas de saúde mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas para lidar.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Não é fornecida informação aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas.	Álcool				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outras Drogas				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Por favor, leia cada afirmativa e assinale a melhor alternativa que indique o grau de confiança que você tem na sua habilidade em desempenhar cada uma das seguintes atividades.

Afirmativas sobre atividades	Sem confiança	Muito pouca confiança	Grau moderado de confiança	Bastante confiança
a) Fazer perguntas para coletar informações sobre o risco de problemas relacionados ao álcool ou outras drogas nos pacientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avaliar a história familiar de problemas de álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avaliar no paciente os sinais e os sintomas presentes de dependência ao álcool ou outras drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fazer perguntas usando um questionário de detecção de álcool ou outras drogas, tal como o CAGE, AUDIT, MAST ou ASSIST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas quando entrevistar um paciente sobre seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Expor suas preocupações profissionais médicas sobre o padrão de uso beber e os riscos à saúde do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Recomendar o consumo de baixo risco para seu paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Fornecer material educacional aos pacientes para ajudá-los a diminuir seu consumo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Encaminhar o paciente para avaliação diagnóstica ou tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Perguntar no seguimento sobre o padrão de uso de álcool ou outras drogas do paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO

Gostaríamos de saber sua opinião sobre o treinamento dado. Por favor, assinale a alternativa que melhor se aplica para cada aspecto do treinamento mencionado.

1- AVALIAÇÃO GERAL

De forma geral, como você avalia o treinamento?

1 - péssimo 2 – ruim 3 - razoável 4 - bom 5 - ótimo

2- CONTEÚDO DO CURSO

Qual sua opinião especificamente sobre os assuntos e temas abordados no treinamento?

1- inadequado aos objetivos propostos

2- adequado, mas pontos importantes não foram abordados (mencione:

_____)

3-adequado, mas alguns aspectos foram excessivamente detalhados (mencione:

_____)

4- muito bom

5- ótimo

3- FORMA DE APRESENTAÇÃO DAS AULAS

Qual sua opinião sobre a forma como as aulas foram dadas?

1 - péssima 2 - ruim 3 - razoável 4 - boa 5 - ótima

4- APLICABILIDADE

A informação passada no curso tem aplicabilidade na sua prática diária de trabalho?

1- nenhuma aplicabilidade (não vai servir para nada para minha realidade de trabalho)

2- pouca aplicabilidade (poucos aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)

3- aplicabilidade parcial (alguns aspectos podem ser aproveitados na minha realidade de trabalho)

4- boa aplicabilidade (vários aspectos podem ser aproveitados para minha realidade de trabalho)

5-excelente aplicabilidade (será muito útil para minha realidade de trabalho)

5- **CARGA HORÁRIA**

A carga horária do treinamento é suficiente para transmitir as informações que são necessárias?

1- a carga horária é muito pequena

2- a carga horária deveria ser um pouco maior

3- a carga horária está adequada aos objetivos propostos

4- a carga horária poderia ser um pouco menor

5- a carga horária é excessiva

Caso tenha assinalado alternativas 1, 2, 4 ou 5, por favor sugira o número de horas adequado: _____ horas

6 –TREINAMENTO PRÁTICO

O treinamento prático e a supervisão na aplicação do ASSIST e da IB foram:

1 – totalmente insuficiente

2 – adequado, mas ainda não sinto confiança para a aplicação

3 – adequado, pois sinto confiança para a aplicação

4 – totalmente suficiente

Por favor, faça críticas, sugestões e comentários sobre o treinamento. USE O VERSO DESTA FOLHA CASO SEJA NECESSÁRIO. Sua opinião é muito importante para que possamos aprimorá-lo. OBRIGADO!

ANEXO 4

DESCRIÇÃO DAS 12 NOVAS AFIRMATIVAS INTERPRETADAS E AGRUPADAS DE ACORDO COM OS CONTEÚDOS DAS QUESTÕES DO QE1

Eu não acredito na eficácia do tratamento = (Está fora da realidade ter grandes expectativas quando lidamos com usuários de risco) + (Aconselhar pacientes a reduzir seu consumo causará a eles um trauma psicológico) + (Apenas falar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas os levará a um aumento de uso) + (Falar aos pacientes sobre seus problemas relacionados ao uso de álcool ou outras drogas os tornará dependentes de mim para apoio) + (Quando um paciente for identificado com problemas relacionados ao uso de substâncias, os outros profissionais de saúde perderão o respeito por ele) + (Eu acho que usuários de risco não podem ser ajudados antes de chegar ao “fundo do poço”) + (Em geral, meus colegas e eu somos cépticos sobre medicina comportamental).

Eu acredito na eficácia do tratamento = (Demonstrar minhas preocupações como profissional da saúde sobre os hábitos de beber ou uso de outras drogas de um paciente e os riscos relacionados para sua saúde resultará na sua redução do consumo) + (Falar aos pacientes sobre riscos à saúde relacionados ao álcool ou outras drogas os ajudará a reduzir seus próprios problemas) + (Usuários problemáticos podem aprender a diminuir o consumo e tê-lo sob controle novamente).

Tenho medo das reações negativas do paciente = (Informar os pacientes dos possíveis riscos à saúde associados com seu padrão de beber ou usar drogas poderá levá-los a não retornar para a próxima consulta) + (Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas resultará em não receber mais um *feedback* sobre o paciente) + (Os pacientes ficarão zangados ou incomodados se eu aconselhá-los sobre seu consumo de álcool ou outras drogas) + (Pedir aos pacientes para dar informações específicas sobre seu padrão de uso de substâncias causará uma reação defensiva) + (Os pacientes ficarão zangados se o profissional da atenção primária perguntar sobre seu consumo de álcool ou outras drogas) + (Poderia existir um risco de consequências legais se o paciente for identificado como usuário de risco).

Eu acho importante detectar usuários de risco = (Perguntar aos pacientes sobre seus hábitos de beber álcool ou usar outras drogas fornecerá muitas informações sobre seus riscos de problemas relacionados ao uso de substâncias) + (A detecção precoce do uso inadequado do álcool ou outras drogas pode melhorar a chance do sucesso do tratamento) + (É importante para um profissional da atenção primária distinguir entre usuários de risco e aqueles que são dependentes).

Eu acho desconfortável lidar com o problema de uso de drogas = (Não é confortável aos profissionais da atenção primária perguntar aos pacientes sobre o seu uso de álcool ou outras drogas) + (Eu sinto como invasão de privacidade perguntar aos pacientes sobre seu consumo de substâncias) + (Eu me sinto desconfortável perguntando aos pacientes sobre seu padrão de uso de substâncias) + (Eu não estou à vontade para fazer essa intervenção).

Não há tempo suficiente para lidar com os usuários de risco = (Os profissionais da atenção primária estão muito ocupados com outros problemas médicos) + (Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre seu consumo de substâncias) + (Não existe tempo suficiente durante uma consulta de rotina para perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas e problemas de saúde relacionados).

Eu acho que existem problemas mais importantes para lidar = (Existem problemas de saúde muito mais importantes do que o uso de álcool ou outras drogas com os quais eu tenho que lidar na minha prática) + (Em geral, consumir álcool ou outras drogas não é um problema maior de saúde) + (Existem problemas de saúde mais importantes para lidar do que o uso de álcool ou outras drogas).

Eu acho que é papel do profissional lidar com usuários de risco = (Os profissionais da atenção primária tem a responsabilidade de perguntar aos pacientes sobre seu padrão de uso se

suspeitarem que o paciente tem um problema relacionado ao uso de álcool ou outras drogas, mesmo quando o problema não é a razão principal da procura de tratamento) + (Os profissionais da atenção primária deveriam saber como recomendar limites (i.e. diminuir mas não necessariamente parar com o uso álcool ou outras drogas) aos seus pacientes que bebem pesadamente ou usam drogas com certa frequência, mas que não são dependentes) + (Encaminhar os pacientes para avaliação e/ou tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias revelará que o paciente não teve cobertura necessária pelo serviço).

Eu acho que não é papel do profissional lidar com usuários de risco =

(Aconselhar os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou outras drogas a procurar assistência num serviço externo é o melhor que eu posso fazer por eles) + (Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes usuários de risco) + (Mesmo quando é reconhecido que o uso de álcool ou outras drogas está contribuindo para os problemas de saúde do paciente, não é papel do profissional de atenção primária falar ao paciente sobre seu padrão de uso) + (Eu acho que não é papel do profissional de atenção primária perguntar aos pacientes sobre seu consumo de álcool ou outras drogas) + (Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer perguntas dessa natureza) + (Eu acho que não é papel do profissional da saúde fazer essas declarações ou dar esses conselhos) + (Em geral, os profissionais da saúde não podem ajudar muito seus pacientes na redução do consumo de substâncias) + (Eu acho que apenas especialistas deveriam fazer intervenções e aconselhamento dessa natureza).

Eu acredito que tenho conhecimentos para lidar com usuários de risco =

(Tendo recebido informação e treinamento adequados, os profissionais da atenção primária poderão ajudar os pacientes a reduzir seu consumo de álcool ou outras drogas) + (Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao álcool ou outras drogas para desempenhar meu papel ao lidar com os usuários de risco) + (Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre o consumo de álcool ou outras drogas e seus efeitos) + (Meu conhecimento sobre os problemas relacionados ao álcool ou outras drogas é adequado) + (Eu acho que posso aconselhar adequadamente meus pacientes sobre as substâncias e seus efeitos) + (Eu acho que posso aconselhar adequadamente meus pacientes a diminuir ou a parar com o consumo de álcool ou outras drogas).

Eu acho que não tenho habilidades para lidar com usuários de risco =

(Eu não sei o que perguntar para obter informações sobre seu consumo de álcool ou outras drogas) + (Eu não sei como identificar usuários de risco que não apresentem sintomas óbvios de consumo excessivo) + (Os profissionais da atenção primária não têm habilidades interpessoais para perguntar sobre o consumo de álcool ou outras drogas) + (Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir seu consumo) + (É fácil generalizar os casos realmente ruins de dependência para todos os pacientes com problemas).

O sistema de saúde apresenta barreiras para implementação deste tipo de ação =

(Não é informado aos profissionais da atenção primária sobre como encaminhar pacientes aos especialistas em dependência) + (A Instituição na qual trabalho não inclui perguntas formais para obter informações dos pacientes sobre seu consumo de substâncias) + (A Instituição na qual trabalho não tem um protocolo formal para esse tipo de intervenção) + (O sistema de saúde não paga pelo aconselhamento sobre substâncias aos profissionais de saúde na clínica geral) + (Não há benefícios profissionais para fornecer aconselhamento).

ANEXO 5

[illegible]

[illegible]